

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



CRENÇAS E ATITUDES PARENTAIS EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO PEDIÁTRICA

Inês Bravo Cabral da Fonseca

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CRENÇAS E ATITUDES PARENTAIS EM RELAÇÃO À
VACINAÇÃO PEDIÁTRICA**

Inês Bravo Cabral da Fonseca

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

Para todos os pais, profissionais de saúde, educadores e outros técnicos que contactam
diariamente com crianças:

“Nos enfants deviendront centenaires!”

(L. Pasteur)

*“The world is a dangerous place, not because of those who do evil,
but because of those who look on and do nothing.”*

(A. Einstein)

Agradecimentos

Passados cinco anos, cresce em mim a certeza de que a área da Psicologia que elegi, como centro da minha aprendizagem e semente para o meu trabalho futuro, foi a acertada. O trabalho que desenvolvi para a elaboração da presente dissertação veio cimentar o meu gosto pela Psicologia da Saúde e da Doença e foi, sem dúvida, um período muito enriquecedor.

Estes cinco anos e, principalmente este último ano, não teriam sido a mesma coisa sem o apoio de pessoas a quem tenho de agradecer.

À Professora Doutora Luísa Barros, a grande impulsionadora e motivadora deste projeto, que não só me orientou neste estudo, como me apoiou na execução das inúmeras tarefas que permitiram a elaboração da presente dissertação e divulgação da mesma. Foi um ano em que as minhas dúvidas surgiam quase semanalmente e a Professora soube sempre dar respostas atempadas e valorizar as minhas questões, mesmo que fossem as mais disparatadas.

À Prof. Doutora Ana Isabel Pereira, que me ajudou desde o início na análise dos resultados, e que proporcionou a divulgação deste estudo à comunidade de pediatras. Foi um apoio essencial no que é considerado o “bicho papão” de uma dissertação desta natureza - a estatística. Com explicações sempre claras, sinceras e calmas.

A todos os meus professores, que contribuíram para a minha formação académica nestes cinco anos na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Aos meus amigos da faculdade, com quem partilhei receios, dúvidas e momentos que ficarão para sempre na minha memória. Aos amigos mais velhos, da faculdade e da Associação de Estudantes, que me guiaram como exemplo e fonte de inspiração. À Dina, pela amizade e compreensão ao longo dos anos em que trabalhei na Associação de Estudantes.

Aos amigos externos à faculdade, que sempre me apoiaram no meu percurso académico e se orgulharam das minhas conquistas.

O percurso académico, provavelmente, não termina aqui. Foram dois ciclos que agora se encerram, mas ainda há muito para explorar e descobrir...

Num plano mais pessoal, gostaria de deixar umas palavras de agradecimento à minha família. As minhas conquistas foram sempre vividas por todos com enorme intensidade e satisfação, constituindo uma fonte de encorajamento para prosseguir.

Em particular, aos meus pais Susana e João Eurico, quero agradecer pelo seu apoio incondicional em todas as fases da minha vida pessoal, escolar e académica. Foram eles que me mostraram a importância do esforço para ultrapassar os desafios, e que me ajudaram a ser empenhada e resiliente.

Ao Dinis e à minha irmã Joana, queria agradecer a paciência com que me “aturaram” nos dias menos bons.

Por último, queria deixar um agradecimento especial à Cuca, a minha fiel companheira nos últimos tempos.

Resumo

Introdução: Portugal tem uma das taxas mais elevadas de cobertura vacinal entre os países com vacinação pediátrica não obrigatória. No entanto, há uma ameaça a esta situação causada pela disseminação internacional de ideias antivacinação.

Objetivo: Explorar as crenças e atitudes parentais em relação à vacinação pediátrica e a relação existente entre estas crenças e os comportamentos e atitudes parentais de vacinação no contexto de um país de elevada adesão à vacinação.

Metodologia: Foram identificadas as principais crenças parentais relacionadas com a vacinação pediátrica e desenvolvido um conjunto de instrumentos para avaliar crenças sobre segurança e eficácia das vacinas, perceção da gravidade das doenças preveníveis pela vacinação, crenças relacionadas com as teorias de conspiração em relação à vacinação, atitudes face às exigências da vacinação, normas sociais e avaliação do aconselhamento dos profissionais de saúde sobre este tema. Foi também aplicado um instrumento para caracterizar o comportamento parental em relação à vacinação pediátrica e perguntas de resposta aberta sobre a justificação para estes comportamentos. Estes instrumentos foram divulgados online através de redes sociais e grupos de pais.

Resultados: Os questionários mostraram boa fiabilidade. A amostra final incluiu 1118 pais ($M = 35,92$; $DP = 0,17$), de crianças dos 0 aos 12 anos. A grande maioria reportou atitudes e crenças favoráveis à vacinação pediátrica. Apenas 3,1% dos pais relataram hesitação vacinal em relação a um eventual futuro filho. Considerando conjuntamente todas as crenças associadas ao comportamento, as crenças sobre segurança e eficácia da vacinação e a atitude para com exigências de vacinação mostraram-se preditoras da decisão de vacinar um futuro filho ou de não atrasar uma vacina.

Conclusão: Tendo em consideração os resultados deste estudo, consideramos o desenvolvimento de estratégias de informação sobre a segurança e eficácia da vacinação dirigidas aos pais e o reforço das exigências institucionais em relação à vacinação como medidas preventivas chave da hesitação vacinal.

Palavras Chave: Vacinação Pediátrica; Cobertura Vacinal; Crenças Parentais sobre vacinação; Hesitação vacinal

Abstract

Introduction: Portugal has one of the highest vaccination coverage rates among countries with non-compulsory pediatric vaccination. However, there is a threat to this situation caused by the international spread of anti-vaccination ideas.

Objective: To explore the differences between parental attitudes toward pediatric vaccination and the relationship between parental beliefs and parental behaviors and attitudes regarding vaccination in the context of a high-adhesion country to vaccination.

Methodology: The main parental beliefs related to childhood vaccination have been identified and a set of tools have been developed to evaluate beliefs about the safety and efficacy of vaccines, perception of severity of the diseases prevented by vaccination, conspiracy-related beliefs regarding vaccination, attitudes towards vaccination requirements, social norms and evaluation of the advice from health professionals on this topic. An instrument was also used to characterize the parental behavior regarding pediatric vaccination and open questions related to the justification of these behaviors. These tools were disseminated online through social networks and parent groups.

Results: The instruments showed good reliability. The final sample included 1118 parents ($M = 35.92$; $SD = 0.17$), from 0 to 12 years old children. The vast majority reported attitudes and beliefs favorable to pediatric vaccination. Only 3.1% of the parents reported vaccination hesitation regarding a future child. Taken all beliefs related to behavior, beliefs about safety and efficacy of vaccination, and attitude toward vaccination requirements were predictive of the decision to vaccinate a future child or to not delay a vaccine.

Conclusion: Taking into consideration the results of this study we consider that the development of information strategies on the safety and efficacy of vaccination directed at parents and the strengthening of institutional requirements regarding vaccination as key preventive measures of vaccine hesitation

Keywords: Pediatric Vaccination; Vaccination Coverage; Parental Beliefs about Vaccination; Vaccination hesitation

Índice

Introdução	1
Hesitação Vacinal.....	3
Determinantes individuais e de grupo.	4
Determinantes contextuais.....	7
Questões específicas de vacinas e vacinação.	8
Relação com os profissionais de saúde.....	8
Modelos Teóricos Explicativos.....	9
Modelo de crenças de saúde.	9
Relevância do Estudo	11
Objetivos do Estudo	13
Metodologia	15
Construção de Novos Instrumentos.....	15
Escala de Crenças e Atitudes sobre a Vacinação.	15
Escala de Atitudes sobre as Exigências de Vacinação.	16
Escala Norma Social.....	17
Escala sobre Aconselhamento do Profissional de Saúde sobre vacinação.	17
Amostra	17
Instrumentos	18
Questionário sociodemográfico.....	18
Questões sobre adesão e hesitação vacinal.....	18
Escala de Crenças e Atitudes sobre a Vacinação, Escala de Exigências e Escala da Norma Social.	18
Escala de concordância com teorias da conspiração.	19

Questões abertas sobre os motivos a favor e contra a vacinação.	19
Procedimento.....	19
Procedimentos da análise estatística	20
Resultados	22
Caracterização da População.....	22
Estudo das Propriedades Psicométricas e Adaptação das Escalas	25
Escala das atitudes e crenças sobre a vacinação.....	25
Análise da validade do constructo da escala atitudes e crenças sobre a vacinação.....	25
Consistência interna das restantes escalas.....	27
Comportamentos em Relação à Vacinação Pediátrica.....	28
Relação entre o Comportamento Parental e as Variáveis Sociodemográficas.....	28
Associação entre o Comportamento Parental e a Utilização de Medicinas Alternativas e Acompanhamento Médico	31
Crenças Parentais em Relação à Vacinação Pediátrica.....	33
Relação entre as Crenças Parentais Acerca da Vacinação e as Variáveis Sociodemográficas	34
Relação entre as Crenças Parentais Acerca da Vacinação e o Acompanhamento Médico e Utilização de Medicinas Alternativas	36
Relação entre as Crenças Parentais Sobre a Vacinação em Função do Comportamento dos Pais Sobre a Vacinação	39
Modelos Preditivos do comportamento e atitude parental de vacinação.....	40
Análise de conteúdo	42
Motivos para ter atrasado uma vacina.....	42
Perguntas opcionais do questionário.....	43
Discussão dos Resultados	48
Construção e Estudo Psicométrico de um Protocolo de Avaliação Integrado	48
Comportamentos Parentais Relacionados com as Vacinas Pediátricas	49

Crenças Parentais Relacionadas com as Vacinas Pediátricas	49
Que características individuais diferenciam os pais com crenças e comportamentos favoráveis à vacinação dos pais mais hesitantes?	50
Quais as diferenças nas crenças dos pais mais favoráveis à vacinação dos pais mais hesitantes?	54
Quais são as crenças preditoras do comportamento parental face à vacinação pediátrica?	56
Implicações Clínicas e Políticas de Saúde	57
Conclusões	60
Referências Bibliográficas	61
Anexos	72

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1. Modelo dos determinantes da hesitação vacinal de SAGE (ECDC, 2015).....	4
Tabela 1. Escolaridade e Profissão dos indivíduos (N=1118).....	22
Tabela 2. Utilização de Medicinas alternativas e Acompanhamento Médico (N Medicinas Alternativas=863; N Acompanhamento Médico=1118).....	23
Tabela 3. Distrito de Residência dos participantes (N=1118).....	24
Tabela 4. Análise Fatorial da Escala de Atitudes e Crenças sobre a Vacinação.....	26
Tabela 5. Alfa de <i>Cronbach</i> (α) e Correlação média inter item das restantes escalas (N=1118).....	27
Tabela 6. Caracterização do comportamento dos pais face à vacinação dos seus filhos (N=1118).....	28
Tabela 7. Relação entre o número de filhos e os comportamentos parentais para com a vacinação dos seus filhos - Qui-Quadrado de <i>Pearson</i> (χ^2) (N =1118).....	29

Tabela 8. Relação entre a idade do filho mais novo e os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos - Qui-Quadrado de <i>Pearson</i> (x^2) (N=1118).....	30
Tabela 9. Relação entre o Acompanhamento Médico e o comportamento parental face à vacinação pediátrica – Qui- Quadrado de <i>Pearson</i> (x^2) (N=1118).....	31
Tabela 10. Relação entre a utilização de medicinas alternativas e o comportamento parental face à vacinação pediátrica – Qui- Quadrado de <i>Pearson</i> (x^2) (N=1118).....	32
Tabela 11. Média, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis em estudo (N= 1118)...	33
Tabela 12. Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> (r_s) intra variáveis do estudo (N=1118).....	34
Tabela 13. Comparação das crenças parentais acerca da vacinação em função da escolaridade dos pais - Teste <i>Mann-Whitney</i> (N Obrigatória=303; N Licenciatura ou superior=815; N Total=1118).....	35
Tabela 14. Comparação das crenças acerca da vacinação em função do grupo profissional dos pais - Teste <i>Mann-Whitney</i> (N Não profissionais de saúde=968; N Médicos e Enfermeiros=123; N Total=1091).....	36
Tabela 15. Comparação das crenças parentais em função do acompanhamento médico das crianças - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> (N Médico de Família=295; N Pediatria=811; N Nenhum=12; N Total=1118)	37
Tabela 16. Comparação das crenças parentais em função da utilização de medicinas alternativas - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> (N Não=560; N Não, mas poderei=56; N Sim=247; N Total=863)	38
Tabela 17. Comparação das crenças acerca da vacinação em função da vacinação de um novo filho - Teste <i>Mann-Whitney</i> (N Não=35; N Sim=1083; N Total=1118).....	39
Tabela 18. Comparação das crenças acerca da vacinação em função do atraso de uma vacina - Teste <i>Mann-Whitney</i> (N Não=1058; N Sim=60; N Total=1118).....	40
Tabela 19. Análise de regressão binária, tendo por variável dependente a vacinação de outro filho – Regressão Logística Binária.....	41

Tabela 20. Análise de regressão binária, tendo por variável dependente o atraso na vacinação - Regressão Logística Binária.....	41
Tabela 21. Motivos de atraso de uma vacina (N=55)	42
Tabela 22. Preocupações quando levaram os filhos a levar uma vacina (N Vacinaria = 829; N Não vacinaria = 26)	44
Tabela 23. Motivos para Vacinar dos pais que vacinariam outro filho e que não vacinariam outro filho (N Vacinaria = 860; N Não vacinaria = 22)	45
Tabela 24. Motivo para Atrasar ou Recusar uma Vacina (N Vacinaria = 860; N Não vacinaria = 26)	46

Índice de Anexos:

Anexo 1. Calendário de vacinação recomendado, segundo o Programa Nacional de Vacinação de 2017.....	72
Anexo 2. Email de divulgação do estudo.....	73
Anexo 3. Consentimento Informado.....	74
Anexo 4. Informação final do questionário.....	76

Introdução

A vacinação é a intervenção de saúde pública mais eficaz e bem-sucedida para salvar vidas e promover a saúde, logo após a disponibilização de água potável e de esgotos (Ball, Evans, & Bostrom, 1998; Hill & Cox, 2013). Segundo Kennedy, LaVail, Nowak, Basket e Landry (2011), as vacinas representam um dos maiores avanços da ciência e da medicina na luta contra a doença.

A vacinação fornece proteção individual e proteção da comunidade, ou seja, garante proteção mesmo das pessoas não vacinadas, a partir de uma determinada taxa de vacinação da população (Forster et al., 2016). O sucesso de um programa de vacinação depende da sua capacidade para alcançar elevados níveis de imunidade da comunidade, que permitem prevenir surtos locais e epidemias (Hill & Cox, 2013), da confiança do público na vacinação e da eficácia das vacinas (Cooper, Larson, & Katz, 2008). Com base num relatório sobre a confiança na vacinação de Larson, Figueiredo, Karafillakis e Rawal (2018), as vacinas previnem todos os anos, a nível global, 2,7 milhões de casos de sarampo, 2 milhões de casos de tétano neonatal e 1 milhão de casos de tosse convulsa.

Na maior parte dos países, o governo ou as autoridades de saúde pública, definem um calendário de vacinação recomendada. O principal objetivo deste calendário é conseguir a melhor proteção na idade mais adequada e mais precoce possível. A vacinação deve ser cumprida na idade recomendada, sem atrasos, para evitar complicações potencialmente fatais de doenças evitáveis (Leça et al., 2016). Apesar de se ter comprovado a segurança e eficácia das vacinas, doenças preveníveis, como por exemplo o sarampo, ainda não são controladas em todos os países Europeus, o que pode ser atribuído a três fatores: a) os sistemas de vacinação, que diferem consoante o país, variando entre sistemas altamente centralizados (financiados pelo governo) e totalmente descentralizados (dependentes dos seguros de saúde); b) a perceção da segurança e eficácia da vacinação pela comunidade; c) a vontade dos decisores políticos (Schmitt, Booy, Weil-Olivier, Van Damme, Cohen, & Peltola, 2003). Tem sido considerado que os benefícios alcançados com os programas nacionais de vacinação foram tão satisfatórios que hoje estamos diante das consequências do seu próprio sucesso (Hilton, Petticrew, & Hunt, 2006). Com efeito, nas últimas décadas houve uma redução drástica da incidência das doenças preveníveis por vacinação, o que faz com que a atual geração de pais de crianças pequenas não esteja familiarizada com as consequências dessas doenças, contribuindo assim para a diminuição da perceção da gravidade e da suscetibilidade para contrair estas doenças no público-alvo (Cooper et al., 2008; Pearce, Law, Elliman, Cole,

& Bedford, 2008; Salmon, Dudley, Glanz, & Omer, 2015). Complementarmente, à medida que os pais se tornam menos familiarizados com essas doenças, preocupam-se mais com a segurança e eficácia das vacinas (Hilton et al., 2006; Smith, Humiston, Parnell, Vannice, & Salmon, 2010). Um número crescente de pais expressa mais preocupação com as vacinas e com os seus potenciais efeitos adversos, do que com as doenças que elas previnem (Cooper et al., 2008; Salmon et al., 2015). Isto é, os riscos percebidos das doenças evitáveis diminuíram, enquanto os riscos percebidos de vacinação aumentaram (Smith et al., 2010; Kennedy et al., 2011).

Em Portugal, o Programa Nacional de Vacinação (Anexo 1), é universal, gratuito e acessível a todos os cidadãos, incluindo imigrantes legais e ilegais e abarca um conjunto de vacinas recomendadas para os diferentes grupos etários e para determinados grupos de risco. Deste modo, segundo a Direção Geral de Saúde [DGS] (2016), o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é recomendado e não obrigatório, constituído por vacinas de primeira linha, que foram comprovadas como eficazes e seguras e cuja aplicação terá os maiores benefícios para a saúde pública (Leça et al., 2016). O cumprimento do PNV não é legalmente obrigatório (DGS, 2015). Desta forma, as escolas públicas não podem recusar a matrícula de alunos que não tenham as vacinas em dia, devido ao facto de, ao contrário da vacinação, o ensino ser obrigatório até ao 12º ano. Contudo, em 2017 foi publicado um despacho pelo Gabinete de Comunicação do Ministério de Educação, referindo que os estabelecimentos de educação devem comunicar os alunos que não se encontram a cumprir o PNV. Desta forma, a escola deverá informar o aluno e encarregado de educação da falta ou do atraso da vacina e posteriormente entrar em contacto com os delegados de saúde coordenadores do respetivo agrupamento. A escola apresenta apenas um papel de sensibilização nestes casos (Despacho n.º 3668-A/2017). No entanto, as escolas privadas afiliadas à Associação de Estabelecimentos de Ensino Particular e Cooperativo, podem ter exceções a esta situação, se a obrigatoriedade do Programa Nacional de Vacinação constar nos regulamentos internos (Paixão, 2017).

Tal como em toda a atividade diária do ser humano, nenhuma vacina está livre de riscos (Schmitt et al., 2003). Segundo Cooper et al. (2008), as alegações sobre danos causados pelas vacinas tornaram-se tão generalizadas que representam uma ameaça para os programas de vacinação e causam um problema de confiança em relação às recomendações feitas pelas autoridades de saúde pública e pela comunidade médica. Alguns especialistas identificam a prevalência de preocupações, medos e desinformação sobre as vacinas como uma indicação de declínio na confiança das vacinas (Kennedy et al., 2011). No entanto, a segurança da vacinação tem sido estudada e comprovada em diversos estudos, como por exemplo num

estudo de Miller, Moro, Cano e Shimabukuro (2015), em que é defendido que as vacinas são rigorosamente testadas e monitorizadas para garantir a sua eficácia e segurança no ser humano, sendo um dos produtos médicos mais seguros.

Hesitação Vacinal

Segundo o Strategic Advisory Group of Experts on Immunization [SAGE] (2016), os indivíduos hesitantes são um grupo heterogêneo com graus variados de indecisão sobre vacinas específicas ou sobre a vacinação em geral. Estes indivíduos podem aceitar todas as vacinas, mas continuarem preocupados, alguns podem recusar ou atrasar algumas vacinas, mas aceitarem outras, e ainda outros podem recusar todas as vacinas.

A hesitação dos pais em vacinar os filhos pode ser atribuída, em parte, ao viés cognitivo conhecido como viés de omissão, onde o dano resultante da inação (não vacinar) é considerado mais aceitável que os danos resultantes da ação (vacinação) (Wroe, Turner, & Owens, 2005). Segundo Glanz, Wagner, Narwaney, Shoup, McClure, McCormick e Daley, (2013), embora o viés de omissão possa influenciar os comportamentos em relação às vacinas, alguns pais também temem o dano que pode resultar da sua inação, levando assim a dúvidas constantes em relação às suas decisões sobre a vacinação.

A hesitação vacinal é um processo contínuo e pode ser medida pela avaliação de atitudes e crenças em relação às doenças infecciosas e às vacinas usadas para preveni-las. Os riscos imediatos da hesitação são o atraso e recusa da vacina. Adicionalmente, mesmo os pais que vacinam os filhos podem ter preocupações sobre o assunto, e ser particularmente vulneráveis à desinformação, tendo um potencial elevado para ser persuadidos a atrasar ou recusar futuras vacinas (Salmon et al., 2015; Yaqub, Castle-Clarke, Sevdalis, & Chataway, 2014).

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2015), identificaram-se três categorias de determinantes da hesitação em relação às vacinas: contextuais, individuais e de grupo, e questões específicas de vacinas e vacinação (Figura 1).

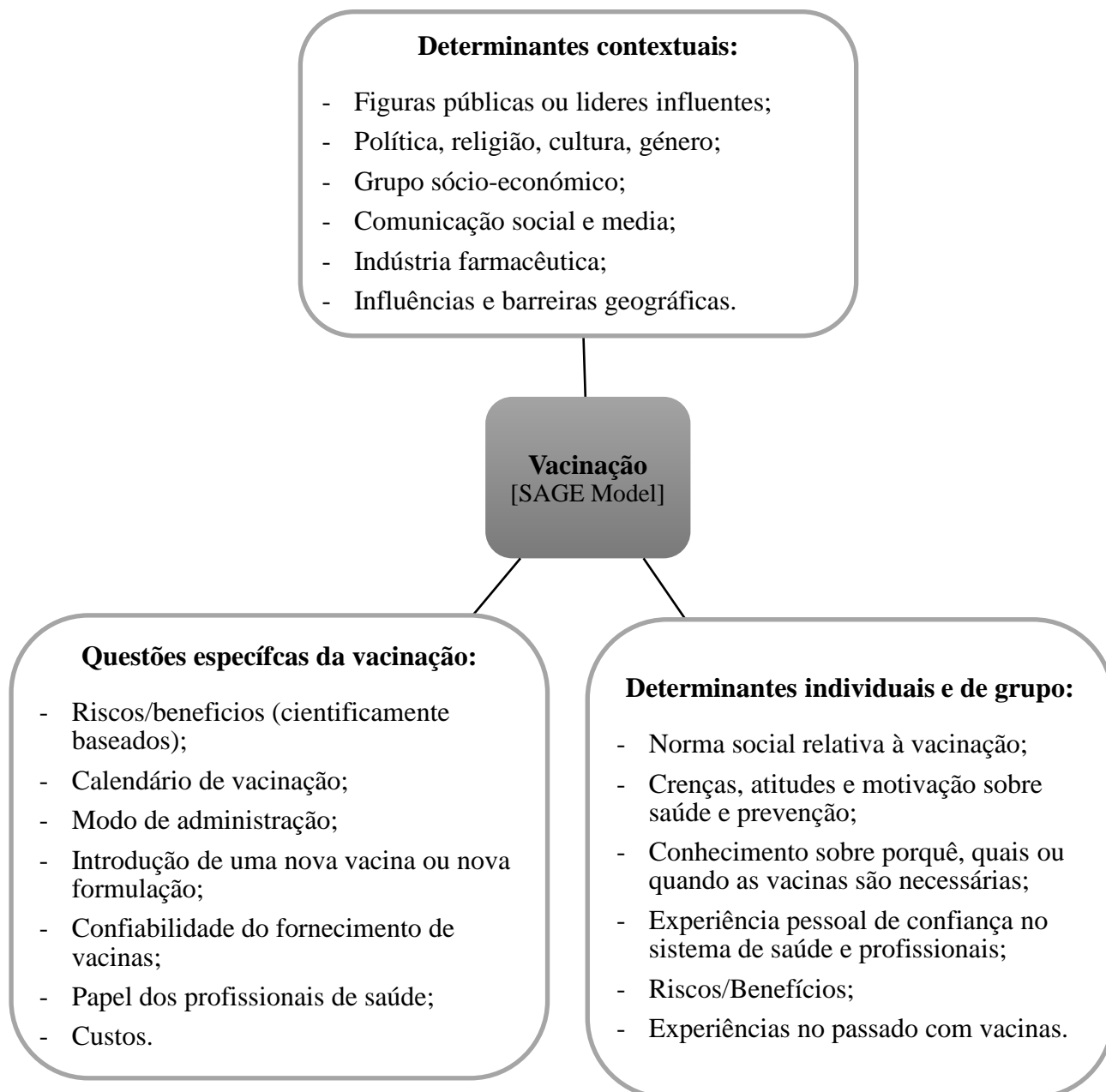


Figura 1. Modelo dos determinantes da hesitação vacinal de SAGE (ECDC, 2015)

Determinantes individuais e de grupo.

Os determinantes individuais e de grupo são as perceções ou crenças pessoais sobre as vacinas e as influências do meio social. Com base na revisão de literatura feita por ECDC (2015) e Fernandes (2017), selecionaram-se as preocupações mais relevantes neste domínio.

Segundo Yaqub et al. (2014), a razão mais citada para a hesitação da população em relação à vacinação é a preocupação com a segurança. A crença de que as vacinas não são seguras tem por base o facto de poderem causar doenças graves e efeitos secundários desconhecidos a curto e a longo prazo (Craciun & Baban, 2012; Harmsen, Mollema, Ruiter, Paulussen, Melker, & Kok, 2013; Smith et al., 2010; Stefanoff et al., 2010).

A percepção de risco das vacinas tem levantado dúvidas nos pais. Esta percepção de risco provém de referências, com múltiplas origens, a algum grau de associação das vacinas a doenças como a doença de Crohn, a síndrome de Guillain-Barré, alergias, diabetes *mellitus*, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose múltipla e artrite reumatoide. Estas afirmações são frequentemente baseadas em casos isolados ou pequenas séries de casos em que houve associações temporais entre o diagnóstico e o período pós-vacinação, embora nenhuma destas supostas ligações esteja comprovada. É preciso ter em conta que há um forte componente emocional envolvido nas decisões dos pais quando têm filhos pequenos (Schmitt et al., 2003). Situações de grande impacto emocional como as descrições na década de 80 da associação da vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa à síndrome da morte súbita infantil e a encefalopatia (Chen, Mootrey, & DeStefano, 2000) afetaram seguramente a confiança de muitos pais na vacinação. Mais recentemente, foi levantada a hipótese de que a vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (MMR) poderia estar relacionada com a perturbação do espectro do autismo (Wakefield et al., 1998). Esta suposta ligação entre a vacinação e o autismo causou uma grande preocupação nos pais (Stefanoff et al., 2010; Larson, Jarrett, Eckersberger, Smith, & Paterson, 2014). Todavia, estudos realizados nos Estados Unidos da América, concluíram que não há uma associação causal entre a vacina contra o sarampo, parotidite epidémica, rubéola e o autismo (DeStefano, Bhasin, Thompson, Yeargin-Allsopp, & Boyle, 2004). Recentemente, foi realizado um novo estudo longitudinal na Dinamarca de Hviid, Hansen, Frisch e Melbye (2019) em que foram observados subgrupos de crianças definidas de acordo com o risco de ter a doença (autismo), tendo em conta história familiar e fatores de risco, assim como crianças vacinadas e não vacinadas. Não se verificou qualquer risco associado ao autismo após a vacinação com MMR. O estudo apoia fortemente que a vacinação com MMR não aumenta o risco de autismo, nem desencadeia autismo em crianças suscetíveis à doença. Verificou-se também que não está associado aos casos em que houve diagnóstico de autismo após a vacinação.

Segundo Salmon et al. (2015), um dos motivos que leva a estas crenças erróneas é a coincidência temporal. Os pais ouvem falar de exemplos de crianças que tiveram autismo ou outra doença diagnosticada após a administração de uma determinada vacina, porque a idade em que o diagnóstico do autismo começa a ser possível coincide com a idade desta vacina, e generalizam a observação, interrogando-se se o mesmo poderá acontecer aos seus próprios filhos. Os pais são suscetíveis à falácia lógica de “*post hoc ergo propter hoc*” ou “depois disso, portanto, por causa disso”.

Por fim, em relação à percepção de risco pelos pais em relação à vacinação, existem preocupações mais específicas e centradas em algum tipo de investigação divulgada recentemente. Por exemplo, o receio acerca dos ingredientes inseguros que algumas vacinas contêm ou contiveram, como timerosal, alumínio, alérgenos potenciais, mercúrio e metais (Kennedy et al., 2011; Harmsen et al., 2013; Fernandes, 2017).

No estudo de Yaqub et al. (2014) a segunda razão mais citada para a hesitação vacinal prende-se com a baixa percepção de risco e de gravidade da doença a prevenir, ou seja, a crença de que há um risco baixo de contrair a doença evitável pela vacina, não sendo considerada uma ameaça à saúde. Adicionalmente, muitos pais podem considerar que as doenças evitáveis por vacinação não são graves e são facilmente tratadas (Bond, Nolan, Pattison, & Carlin, 1998; Harmsen, Ruiters, Paulussen, Mollema, Kok, & de Melker, 2012; Harmsen et al., 2013;).

Outro fator que tem bastante relevância na hesitação dos pais é o conceito de “sobrecarga do sistema imunitário”, hipoteticamente causado por muitas vacinas nos dois primeiros anos de vida. A imunização tende a ser percebida como artificial e desnecessária, e é vista como uma intrusão negativa no desenvolvimento de um sistema imunológico “natural”, que pode ficar enfraquecido e danificado pelas vacinas (Kennedy, Brown, & Gust, 2005; Fernandes, 2017).

Alguns pais acreditam, também, que os indivíduos são suficientemente saudáveis e que o seu sistema imunitário é suficientemente forte para não exigir vacinação (Bond et al., 1998; Harmsen et al., 2012; Harmsen et al., 2013). Nesta lógica, um bom sistema imunitário é construído por um ambiente saudável, como uma boa alimentação, com tempo e dedicação parental (criar os filhos a trabalhar em regime parcial, geralmente as mães), mantendo um ambiente sem fumo, isolando as crianças em relação a áreas geográficas com mais doenças e evitando viajar (Larson, Schulz, Tucker, & Smith, 2015b). Para estes pais, globalmente, os riscos superam os benefícios da vacinação (Craciun & Baban, 2012). Estes pais optam muitas vezes por aquilo que consideram métodos alternativos de prevenção e intervenção, como a homeopatia, naturopatia e quiroprática, tendo uma clara preferência por métodos considerados “naturais” (Larson et al., 2015b).

Outros fatores que influenciam a hesitação parental são a falta de informação e de conhecimento sobre a vacina ou a doença, isto é, muitos pais argumentam que as vacinas são administradas às crianças sem realmente os pais saberem porquê (Fernandes, 2017).

Existem também outras crenças erradas sobre as circunstâncias da vacinação. Por exemplo, há pais que acreditam que as suas crianças não devem ser vacinadas quando têm

algum problema de saúde, por mais ligeiro que este seja (Stefanoff, et al., 2010; Larson et al., 2014).

Também o ambiente social, os amigos e familiares, podem influenciar a escolha dos pais, influenciando o atraso ou recusa da vacinação. Estas influências da norma social surgem em discussões e conversas informais com amigos, familiares, colegas de trabalho ou outros membros da comunidade (Sampson, Wong, & MacVicar, 2011; Fernandes, 2017).

Em termos experienciais, quando o indivíduo já teve uma experiência negativa com vacinas (pessoal ou em amigos e familiares) (Harmsen et al., 2013; Larson et al., 2015b) isso constitui também uma barreira à vacinação (Fernandes, 2017).

Determinantes contextuais.

Os determinantes contextuais incluem fatores históricos, sociais, culturais, ambientais, económicos, políticos e fatores institucionais que possam influenciar populações hesitantes em relação à vacinação.

Crenças ou exposição a teorias da conspiração influenciam negativamente as atitudes dos pais em relação aos perigos das vacinas e a sua subsequente decisão de vacinar os seus filhos (Jolley & Douglas, 2014). As teorias de conspiração, muitas vezes aliadas a movimentos antivacinas, são um exemplo desta influência, que manifestam a suspeita e a desconfiança sobre a investigação científica que examina a eficácia e segurança das vacinas, acreditando que são modeladas por interesses económicos e políticos das empresas farmacêuticas, que manipulam os estudos de forma a valorizar a vacinação (Craciun & Baban, 2012; Jolley & Douglas, 2014).

A existência de uma desconfiança mais global, do ponto de vista sociopolítico, nas instituições de saúde, ou nas medidas de saúde pública, também pode influenciar as crenças parentais acerca da vacinação (Craciun & Baban, 2012; Harmsen et al., 2012; Kennedy et al., 2005; Mills, Jadad, Ross, & Wilson, 2005; Stefanoff, et al., 2010).

Segundo Mills et al. (2005), o crescimento de movimentos políticos contrários à vacinação em países como os Estados Unidos da América, Reino Unido e França, e mais recentemente em Itália e no Brasil, e a disseminação internacional destas teorias, através das redes sociais, aumenta a preocupação com a evolução desta tendência de recusar a vacinação na infância. Estas teorias surgem muitas vezes veiculadas por movimentos populistas que as utilizam como uma forma de aumentar a desconfiança dos cidadãos nas instituições e nos governos.

A exposição negativa feita pelos meios de comunicação (Sampson et al., 2011; Harmsen et al., 2013; Larson et al., 2014) é outro fator que pode criar indecisões parentais em relação à vacinação. Embora com menor relevância, também existem influências éticas, morais e sobretudo religiosas sobre a questão da vacinação (Salmon, Moulton, Omer, DeHart, Stokley, & Halsey, 2005).

É de salientar que, o impacto dos movimentos antivacinais tem crescido exponencialmente na sociedade, devido à evolução das formas de divulgação de informações, à proliferação de informações sobre vacinas nas redes sociais, que procuram fornecer respostas, mas também levantar preocupações. Pode ser difícil para os pais determinarem a confiabilidade das múltiplas fontes online ou aceder a fontes que apresentem informação discrepante das suas próprias ideias. Muitas vezes, as preocupações dos pais baseadas na informação que é encontrada de forma não validada contribui para a desconfiança do público na segurança das vacinas (LaVail & Kennedy, 2013).

Questões específicas de vacinas e vacinação.

As questões específicas sobre vacinas e vacinação incluem fatores que não estão relacionados diretamente com as crenças parentais, mas sim com as circunstâncias.

Algumas das questões poderão ser: problemas com os serviços de saúde e com a acessibilidade (temporização ou disponibilidade de vacinas) (Larson et al., 2014; Larson et al., 2015b; Sampson et al., 2011), questões financeiras (Larson et al., 2014), falta de recomendação clara para a vacinação (Sampson, et al., 2011), perceção de baixa competência profissional de quem decide sobre a vacinação dos filhos (Fernandes, 2017).

Segundo Fernandes (2017), o abuso de substâncias ilícitas pelos pais, a negligência para com os seus filhos, a falta de motivação para levar a criança aos cuidados de saúde, o esquecimento da consulta e a falta de organização pessoal dos pais estão entre as razões adicionais para a não adesão à vacinação.

Relação com os profissionais de saúde.

A crença nos benefícios das vacinas e o dever de promover a saúde e a vacinação são as principais razões pelas quais os profissionais de saúde recomendam as vacinas. Porém, para que esta recomendação seja eficaz, é necessário que os cidadãos confiem nos profissionais, fator apontado como decisivo para diminuir a hesitação vacinal por vários autores (Cooper et al., 2008; Freed, Clark, Butchart, Singer, & Davis, 2011; Yaqub et al., 2014). Desta forma,

segundo um estudo de Gust, Darling, Kennedy e Schwartz (2008), os prestadores de cuidados de saúde são fundamentais para o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e podem afetar as decisões dos pais que têm dúvidas sobre as vacinas. Por seu lado, os pais tendem a considerar os profissionais de saúde como a melhor e mais importante fonte de informação, incluindo a informação acerca da vacinação (Gellin, Maibach, & Marcuse, 2000; Gust et al., 2008; Schmitt et al., 2003).

No entanto, alguns fatores foram identificados como barreiras à comunicação com o médico, nomeadamente: a) a falta de tempo, que dificulta a recomendação aprofundada da vacinação (Yaquub et al., 2014); b) a falta de conhecimento dos profissionais de saúde para fornecer informação detalhada sobre vacinação, o que poderá dificultar o desenvolvimento de uma relação de confiança; c) as reservas que alguns profissionais de saúde possam também ter sobre a recomendação de vacinas específicas (Mollema, Staal, Van Steenberghe, Paulussen, & De Melker, 2012)

Modelos Teóricos Explicativos

Avaliar ou analisar os benefícios e riscos de vacinas pediátricas pode ser um problema complexo para os pais, que são confrontados com informações controversas (Gellin et al., 2000; Evans et al., 2001). Nos últimos anos têm sido publicados estudos que visam caracterizar as atitudes e crenças dos pais associadas aos comportamentos de adiamento, evitamento ou recusa dos programas nacionais de vacinação. A maioria baseia-se, de forma mais ou menos direta, no modelo de crenças de saúde.

Modelo de crenças de saúde.

O Modelo de Crenças de Saúde (HBM) foi inicialmente desenvolvido, para explicar a falha das pessoas em participar em programas para prevenir ou detetar doenças (Rosenstock, 1960, 1966, 1974, citado por Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). Mais tarde, o modelo foi estendido para explicar as respostas das pessoas aos sintomas de doença (Kirscht, 1974, citado por Rosenstock et al., 1994) e ao seu comportamento em resposta à doença diagnosticada, particularmente a adesão aos conselhos médicos (Becker, 1974, citado por Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). Ao longo do tempo, o modelo tem sido uma das abordagens psicossociais mais utilizadas para explicar e prever o comportamento

relacionado com a saúde, como a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde (Kennedy et al., 2005; Roush & Murphy, 2007). É relevante salientar que uma das primeiras aplicações do Modelo de Crenças de Saúde foi compreender as barreiras à cobertura universal da vacinação contra a poliomielite na década de 50 (Roush & Murphy, 2007).

Segundo Jefferson Martins et al. (2015), a decisão do indivíduo em aderir a um comportamento preventivo é fundamentada por quatro variáveis psicológicas: a) o indivíduo considerar ou ter a crença de que é suscetível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente (*Percepção de Suscetibilidade*); b) identificar a gravidade das consequências do problema de saúde, como a dor, disfunção, morte (*Percepção de Gravidade*); c) acreditar que esse problema de saúde pode ser atenuado ou evitado por uma ação preventiva (*Percepção de Benefícios*); d) apesar dessa ação poder envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros (*Percepção de Barreiras*). Isto significa que os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para a sua realização (análise custo-benefício). Adicionalmente, a presença de *estímulos ou pistas para a ação* é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e gravidade de forma a motivar o indivíduo a decidir agir (Rosenstock, 1990; Jefferson Martins et al., 2015).

Aplicando este modelo de Jefferson Martins et al. (2015) à temática da vacinação pediátrica, se os pais não reconhecem que há doenças evitáveis por vacinação, não consideram essas doenças suficientemente graves, ou não valorizam o benefício da vacinação para a saúde dos seus filhos, estarão mais propensos a não vacinar os filhos.

Com base num estudo de Bond et al. (1998) sobre as percepções das mães sobre as doenças evitáveis por vacinação, tendo em conta a suscetibilidade e gravidade percebidas, e os benefícios e barreiras da vacinação, verificaram que a idade da criança e o estado da saúde da criança influenciaram a percepção das mães sobre a suscetibilidade a complicações graves da doença e influenciaram as suas decisões sobre a vacinação. Neste estudo, foi concluído que a vacinação era percebida como benéfica, porque previne doenças, mas que também era percebida como potencialmente prejudicial para o sistema imunológico da criança. O efeito percebido sobre o sistema imunológico foi uma barreira para as mães se sentirem confortáveis em vacinar os seus filhos, especialmente quando essas crianças eram muito pequenas ou estavam doentes. As percepções de gravidade e suscetibilidade foram importantes, mas nem todas as doenças preveníveis foram consideradas perigosas. A percepção de suscetibilidade à doença e aos efeitos colaterais da vacina foram considerados como riscos independentes, relacionados com a idade da criança e o seu estado de saúde. Este

estudo mostrou que a decisão de vacinar as crianças pequenas pode ser explicada em certa medida pelos constructos do Modelo de Crenças em Saúde. Na avaliação das recomendações para ação, identificou-se que as mães apreciavam os profissionais de saúde que as ouviam e reconheciam o seu bom senso. O conselho desses profissionais foi avaliado como atencioso, prático e demonstrando uma compreensão dos problemas e circunstâncias da mãe, constituindo-se como uma poderosa "pista para a ação". Por fim, o certificado de vacinação escolar também foi uma sugestão de ação para alguns.

Adicionalmente, tendo como base uma revisão sistemática de literatura de Smith et al. (2011), identificaram-se quatro domínios psicossociais que influenciam as decisões dos pais para vacinar os seus filhos, consistentes com modelos de cognição social: percepção da suscetibilidade da criança à doença; percepção da gravidade da doença e consequente preocupação suficiente para justificar a vacinação; percepção da eficácia e segurança da vacina; e a percepção sobre a norma social (pressões sociais e de conveniência).

Relevância do Estudo

A SAGE (2016) reconheceu a hesitação sobre as vacinas como um problema global crescente. Nos últimos anos, as preocupações dos pais sobre questões de segurança das vacinas levaram um número crescente de pais a recusar ou atrasar a vacinação (Pearce et al., 2008; Jolley & Douglas, 2014). Neste momento, o maior desafio, de acordo com Mills et al. (2005), é superar a desconfiança e a disseminação da crença de que as vacinas são prejudiciais ou desnecessárias. O potencial das vacinas para prevenir doenças e salvar vidas nunca foi tão grande, mas esse potencial só será alcançado se enfrentarmos a hesitação das vacinas e garantirmos que os pais vacinam os seus filhos com a confiança de que estão a tomar a decisão mais saudável para os seus filhos (Gangarosa, Galazka, Wolfe, Phillips, Gangarosa, Miller, & Chen, 1998).

Numa dissertação de Fernandes (2017), com os objetivos de analisar os casos de reações adversas a vacinas na população pediátrica Portuguesa (entre 2012 e 2016), de explorar a tendência vacinal em Portugal e comparar os indicadores de cobertura vacinal de Portugal e da Holanda, foram caracterizados os fatores explicativos da hesitação vacinal em países industrializados. A autora concluiu que, embora não haja dados sobre a hesitação vacinal em Portugal, a percepção de risco associada a reações adversas à vacina desempenha um papel

importante na não adesão ao Programa Nacional de Vacinação. A investigação das principais razões de hesitação vacinal é justamente um dos objetivos do estudo que aqui se apresenta.

Vários estudos procuraram identificar fatores de hesitação na vacinação e estratégias para os eliminar numa perspetiva global (Dubé, Gagnon, Zhou, & Deceuninck, 2016; Repalust, Sevic, Rithar, & Stulhofer, 2017). O problema da recusa vacinal não é um problema generalizado em Portugal, existindo excelentes taxas de cobertura vacinal (95%) (DGS, 2019). A maioria dos pais vacina os seus filhos, embora possam ter dúvidas ou preocupações sobre as vacinas pediátricas e sobre o Programa Nacional de Vacinação (LaVail & Kennedy, 2013).

No entanto, apesar das taxas elevadas de cobertura apresentadas em Portugal, existem algumas regiões onde as taxas são mais baixas. Segundo o Conselho Nacional de Saúde [CNS], (2018), com base na análise do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação aos 2, 7 e 14 anos nos diferentes agrupamentos de centros de saúdes (ACES) do continente, verificaram-se disparidades geográficas. Em dezembro de 2017, a região Norte registava valores acima de 97% de crianças com 2, 7 e 14 anos com o Programa Nacional de Vacinação totalmente cumprido. No entanto, as restantes Regiões de Saúde registaram proporções apenas acima dos 90,0% (excetuando a região do Algarve aos 14 anos de idade) e vários ACES da região de Lisboa e Vale do Tejo (Amadora, Cascais, Lisboa Central, Lisboa Norte e Sintra) registavam proporções de cumprimento do Programa Nacional de Vacinação inferiores a 90,0%.

Segundo o relatório de Larson et al. (2018), entre março de 2017 e fevereiro de 2018 registaram-se 35 casos de sarampo em Portugal, incluindo uma morte. De acordo com o mesmo relatório, Portugal apresenta uma perceção em relação às vacinas amplamente positiva, apresentando a maior percentagem europeia de inquiridos que concordam que as vacinas geralmente são seguras (95,1%), eficazes (96,6%) e que é importante que as crianças sejam vacinadas (98,0%). No entanto, isso não quer dizer que não existam crenças erradas ou preocupações associadas à vacinação na população Portuguesa. Num estudo de Bardenheier, Yusuf, Schwartz, Gust, Barker e Rodewald (2004), a grande maioria dos inquiridos (90%) acreditava que as vacinas são importantes, mas uma proporção considerável (mais de metade dos pais) também tinha preocupações relativamente à segurança das vacinas em geral.

Os recentes surtos de doenças que estavam quase erradicadas em países desenvolvidos, como o sarampo, foram atribuídos à atual hesitação vacinal (Freed, Clark, Butchart, Singer, & Davis, 2010; Tafuri, Gallone, Calabrese, & Germinario, 2015). Segundo Smith et al. (2011), a hesitação dos pais em vacinar os filhos pode ter aumentado devido à exposição

pública das preocupações sobre as vacinas por parte de algumas celebridades ou de influenciadores que divulgam as suas ideias nas redes sociais. Por outro lado, a crescente imigração e turismo oriundos de áreas com menor cobertura vacinal aumenta a suscetibilidade das crianças Portuguesas cujos (poucos) pais adiaram ou recusaram a sua vacinação, ou das crianças que não puderam ser vacinadas por razões de saúde. Finalmente, dada a crescente disseminação dos movimentos e ideias antivacinação, é importante explorar até que ponto os pais de crianças Portuguesas estão convictos dos benefícios e vantagens da vacinação pediátrica ou que podem ser permeáveis às ideias menos rigorosas sobre as vantagens e perigos das vacinas. Neste contexto, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para uma melhor caracterização das atitudes e crenças dos pais sobre a vacinação na infância, e que os resultados possam informar as intervenções educacionais e preventivas dirigidas aos pais de crianças pequenas. De acordo com LaVail e Kennedy (2013), seria importante discutir com os pais não só os riscos das vacinas, mas também os seus benefícios, permitindo uma compreensão mais completa das doenças evitáveis pela vacinação e reforçando o valor das vacinas para proteger a saúde das crianças.

Objetivos do Estudo

O objetivo geral deste estudo foi o de caracterizar as crenças e atitudes acerca da vacinação dos pais com filhos entre os 0 e os 12 anos.

Os objetivos específicos do presente estudo são:

- 1) Construção de um protocolo de avaliação integrado, com inclusão de escalas ou itens que permitam avaliar as dimensões identificadas como mais relevantes e o estudo das propriedades psicométricas das escalas utilizadas e construídas.
- 2) Caracterizar as atitudes e comportamentos parentais relacionados com as vacinas pediátricas.
- 3) Explorar a associação entre o comportamento parental (intenção de vacinar um próximo filho e adiamento) e as variáveis sociodemográficas (escolaridade, profissão, número de filhos e idade dos filhos).
- 4) Explorar a associação entre o comportamento parental (intenção de vacinar um próximo filho e adiamento) e o tipo de acompanhamento médico e a utilização de medicinas alternativas.

- 5) Caracterizar as crenças parentais relacionadas com as vacinas pediátricas.
- 6) Explorar a associação entre as crenças parentais acerca da vacinação pediátrica e as variáveis sociodemográficas (escolaridade, profissão, número de filhos e idade dos filhos).
- 7) Explorar a associação entre as crenças parentais acerca da vacinação pediátrica e o tipo de acompanhamento médico e a utilização de medicinas alternativas.
- 8) Explorar a relação entre as crenças parentais e os comportamentos de vacinação e identificar as dimensões preditoras do comportamento face à vacinação (intenção de vacinar um próximo filho e adiamento).

Metodologia

Construção de Novos Instrumentos

Após uma revisão de literatura, foi possível verificar que em Portugal não estavam disponíveis instrumentos adaptados sobre a temática dos comportamentos, atitudes e crenças relacionadas com a vacinação e que os instrumentos originais disponíveis apenas avaliavam uma ou algumas das dimensões consideradas relevantes para a caracterização do fenómeno da hesitação ou recusa vacinal. Deste modo, foi definido como primeiro objetivo deste trabalho a construção de um protocolo de avaliação integrado, com inclusão de escalas ou itens que permitissem avaliar as dimensões identificadas como mais relevantes. Para a construção deste protocolo, realizou-se uma revisão da literatura sobre esta temática para identificação dos instrumentos utilizados e compreensão dos seus objetivos e propriedades. Nesta revisão identificaram-se oito instrumentos publicados em artigos em língua Inglesa, que serviram de base para a construção do questionário deste estudo. A leitura e análise dos diferentes artigos permitiram selecionar as escalas e os itens/questões mais pertinentes para responder ao objetivo deste estudo.

Após a seleção das escalas e dos itens considerados relevantes, procedeu-se à tradução e adaptação dos itens para língua portuguesa. Este processo iniciou-se com duas traduções independentes, seguidas de uma retroversão da versão conciliada. Posteriormente, realizou-se um estudo piloto com quatro pais e duas estudantes de psicologia, para avaliar a compreensão, facilidade de resposta e relevância dos itens. Neste estudo piloto, verificou-se a necessidade de fazer pequenas alterações na linguagem de algumas questões.

Nesta fase de construção teórica do protocolo foram definidas as seguintes escalas e subescalas temáticas, todas elas respondidas numa escala de *Likert* de 5 pontos de 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*).

Escala de Crenças e Atitudes sobre a Vacinação.

Esta escala ficou constituída por três subescalas que integram 20 itens relacionados com a Eficácia da Vacinação Pediátrica, os Perigos e Riscos da Vacinação Pediátrica e a Gravidade das Doenças Preveníveis por Vacinação Pediátrica.

Subescala Eficácia das Vacinas.

Esta subescala é constituída por nove itens e tem como objetivo avaliar a percepção da eficácia da vacinação na prevenção de doenças graves e o impacto da vacinação na saúde pediátrica em geral. Os itens foram traduzidos e adaptados a partir de dois questionários desenvolvidos por Salmon et al. (2005, 2008). Os restantes itens desta escala foram traduzidos e adaptados de Larson et al. (2015a) e Shapiro et al. (2018).

São exemplos: “As vacinas da infância são eficazes; Receber vacinas é uma boa maneira de proteger os meus filhos de doenças”.

Subescala Perigos e Riscos das Vacinas.

Esta subescala é constituída por seis itens que avaliam os principais perigos e riscos identificados pelos pais, em relação à vacinação dos seus filhos, traduzidos e adaptados a partir de um questionário desenvolvido por Salmon et al. (2005, 2008). Seleccionamos os itens que avaliavam as crenças sobre a vacinação. Os restantes itens foram traduzidos e adaptados tendo por base Smith et al. (2011) e Opel et al. (2011a, 2011b).

Alguns exemplos dos itens: “As vacinas são seguras”; “As crianças levam mais vacinas do que as que são boas para elas”.

Subescala Percepção de Gravidade das Doenças Preveníveis por Vacinação.

Esta subescala é constituída por cinco itens e tem por objetivo avaliar a percepção da gravidade das doenças preveníveis pela vacinação. Os itens que dizem respeito a esta escala foram traduzidos e adaptados a partir de Salmon et al. (2005, 2008), de Smith et al. (2011), de Stefanoff et al. (2010) e de Opel et al. (2011a, 2011b).

Alguns itens exemplo desta subescala são: “Acredito que muitas das doenças que as vacinas previnem são graves”; “A vacinação é importante para proteger toda a comunidade contra doenças”.

Escala de Atitudes sobre as Exigências de Vacinação.

Esta escala visa avaliar as exigências sentidas pelos pais por parte da sociedade (médicos, escola) em relação à vacinação pediátrica e ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Os itens foram traduzidos e adaptados a partir de um instrumento de Salmon et al. (2005, 2008).

A subescala é constituída por três itens, dois dos itens são: “Os pais deviam poder inscrever as suas crianças na escola, mesmo que não estejam vacinadas”; “Sou contra as exigências de vacinação porque os pais sabem o que é melhor para as suas crianças”.

Escala Norma Social.

A perceção da norma social subjetiva tem sido considerada um importante determinante dos comportamentos de saúde. Foi construída uma escala sobre a perceção da norma social relacionada com a vacinação a partir de Coniglio, Platania, Privitera, Giammanco e Pignato (2011).

Esta escala integra três itens: “Os profissionais de saúde em quem confio, consideram que devo vacinar os meus filhos”; “As pessoas importantes para mim (familiares e/ou amigos), consideram que devo vacinar os meus filhos”; “As pessoas importantes para mim (familiares e/ou amigos), consideram que não devo vacinar os meus filhos”.

Escala sobre Aconselhamento do Profissional de Saúde sobre vacinação.

Esta escala integrou sete itens para avaliar a confiança existente entre o profissional de saúde e os pais em relação às vacinas pediátricas, e foi construída a partir de Glanz et al. (2013), de Smith et al. (2011) e de Opel et al. (2011a, 2011b).

Alguns exemplos destes itens: “O pediatra/médico de família discutiu os riscos da vacinação”; “Tenho um bom relacionamento com o pediatra/médico de família”.

Amostra

A população deste estudo foram os pais ou cuidadores principais de crianças entre os 0 e os 12 anos de idade. Considerando as idades de vacinação recomendadas no Programa Nacional de Vacinação e o nosso objetivo de abranger as atitudes dos pais em relação à vacinação durante a infância, foi definido como critério de inclusão o facto de ser pai, mãe ou cuidador principal com pelo menos um filho com idade compreendida entre os 0 e 12 anos. A amostra final ficou composta por 1118 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos ($M = 35,28$; $DP = 0,17$), a viver em 20 distritos diferentes, do Norte ao Sul de Portugal, incluindo as ilhas.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico em que os pais foram solicitados a indicar a idade, género, nível de estudos mais elevado completado, região de residência e a profissão (este item era opcional para garantir maior privacidade a quem o pretendesse). Foram pedidas informações relativas aos filhos, incluindo o número de filhos, idade dos filhos e se a criança é acompanhada por pediatra, médico de família ou nenhum.

Foi ainda acrescentada uma questão sobre a utilização das medicinas alternativas (“Alguma vez recorreu a medicinas alternativas? Se sim, qual?”), semelhante ao estudo de Salmon et al. (2005).

Questões sobre adesão e hesitação vacinal.

Estas questões tinham por objetivo avaliar os comportamentos parentais face à vacinação dos filhos, nomeadamente a recusa e adiamento, assim como os respetivos motivos. Nesta escala incluíram-se duas perguntas (“Já alguma vez atrasou a vacinação da sua criança, por outras razões que não sejam doença ou alergia?”; “Se tivesse outro filho, gostaria que ele recebesse todas as vacinas?”) com resposta dicotómica (*Sim, Não*). Estas questões foram adaptadas do *Parent Attitudes about Childhood Vaccine (PACV)* de Opel et al. (2011b).

Escala de Crenças e Atitudes sobre a Vacinação, Escala de Exigências e Escala da Norma Social.

A Escala de Crenças e atitudes sobre a Vacinação Pediátrica, incluiu as subescalas de Eficácia das Vacinas, Perigos e Riscos das Vacinas e a Perceção de Gravidade das Doenças Preveníveis por vacinação, com um total de 20 itens, construídas como descrito em cima.

Conforme descrito, foram ainda aplicadas, a escala de Atitudes sobre as Exigências de vacinação, com três itens e a Escala sobre Norma Social com três itens e a Escala de Aconselhamento do profissional de saúde, com sete itens. Em todas estas escalas os participantes foram solicitados a responder numa escala de *Likert* de cinco pontos desde 1 (*discordo totalmente*) até 5 (*concordo totalmente*), sendo que para o cálculo final alguns itens foram invertidos de modo que uma pontuação final mais elevada indica maior concordância com crenças e atitudes favoráveis à vacinação pediátrica.

Escala de concordância com teorias da conspiração.

Para além dos instrumentos já descritos, foi ainda usada a Escala da Teoria da Conspiração (Jolley & Douglas, 2014), com o objetivo de avaliar a concordância com ideias veiculadas pelas teorias da conspiração acerca da vacinação mais divulgadas pelos media e redes sociais (“As pessoas são enganadas sobre a eficácia da vacina; Vacinar as crianças é prejudicial e este facto é encoberto”). Esta subescala, com uma escala de resposta semelhante às anteriores de 1 a 5, é constituída por cinco itens, e obteve bons indicadores de consistência interna (0,77 a 0,82) na versão original (Shapiro, Holding, Perez, Amsel, & Rosberger, 2016). A sua tradução e adaptação seguiu o procedimento descrito anteriormente para os itens dos outros instrumentos.

Questões abertas sobre os motivos a favor e contra a vacinação.

No final do questionário foram apresentadas três perguntas abertas para que os participantes pudessem explicitar a sua opinião sobre a vacinação, adaptadas a partir de Larson et al. (2015a). Para facilitar a expressão da opinião, as questões pediam a opinião dos pais sobre os motivos ou razões que podiam levar os pais, em geral, a adiar ou recusar a vacinação pediátrica (“Na sua opinião, porque é que algumas pessoas recusam ou atrasam vacinar os seus filhos?”).

Procedimento

Este estudo obteve parecer positivo da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Para alcançar uma população alargada e oriunda de várias regiões e grupos sociais, o questionário foi aplicado em formato *online* com recurso ao software *Qualtrics*. O estudo foi divulgado, durante um período de 20 dias (de 7 de janeiro de 2019 a 27 de janeiro de 2019), através de redes sociais, de grupos de pais e via correio eletrónico (Anexo 2). Os potenciais participantes receberam um convite através das redes sociais ou correio eletrónico, onde se explicava brevemente os objetivos e condições do estudo, e se incluía um link que permitia aceder ao *Qualtrics* e preencher os questionários. Quando os potenciais participantes acediam à plataforma, encontravam o consentimento informado (Anexo 3) que descrevia os objetivos do estudo, a duração prevista (cerca de 5 minutos), bem como a garantia de anonimato e salvaguarda das informações partilhadas

(eliminação do IP, acolhimento no servidor da Universidade de Lisboa e eliminação dos dados originais no fim do estudo).

Apesar de não se anteciparem riscos significativos decorrentes do preenchimento dos questionários, considerou-se possível que alguns itens pudessem levantar dúvidas ou preocupações aos participantes. Assim, no fim do questionário foi colocada informação sobre a vacinação pediátrica de forma a minimizar essas dúvidas, e *links* para a página da Direção Geral de Saúde (DGS) onde os pais poderiam recolher mais informação (Anexo 4).

Procedimentos da análise estatística

Os testes estatísticos utilizados foram selecionados tendo em conta as características das variáveis deste estudo e analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25 para Windows.

Numa primeira fase, foi feita uma análise da distribuição dos itens, foi calculada a média de correlação inter itens e calculado o alfa de *Cronbach*, de forma a garantir a fiabilidade e viabilidade da escala e adaptar a escala original para uma mais sólida e consistente. Foi também realizada uma análise fatorial exploratória para confirmar e diferenciar as dimensões que a escala de crenças e atitudes sobre a vacinação avaliava.

Num segundo tempo, realizou-se a estatística descritiva das variáveis do questionário sociodemográfico e das diferentes escalas e subescalas, de forma a caracterizar o comportamento e crenças acerca da vacinação.

Foram, depois, verificados os pressupostos necessários para a realização dos restantes testes estatísticos, nomeadamente o Teste *Kolmogorov-Smirnov* (considerando-se $N \geq 30$) e Teste de *Levene*, de forma a calcular a normalidade de distribuições e homogeneidade das variâncias. Não se tendo verificado os requisitos necessários à análise paramétrica em todas as variáveis deste estudo, foi utilizada análise não paramétrica.

Para análise das associações entre as várias escalas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Para análise das variáveis de interesse em função das dimensões sociodemográficas e dos comportamentos parentais em relação às dimensões avaliadas na escala desenvolvida foram utilizados os testes de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*, ambos para amostras independentes, e testes de Qui-Quadrado de *Pearson*.

Por fim, para testar a validade preditiva da escala realizou-se uma sequência de regressões logísticas binárias, considerando como variáveis independentes vacinar um novo filho e atrasar uma vacina. Antes da realização da regressão verificou-se que não existia colinearidade entre as variáveis independentes ($r \geq 0,9$).

Finalmente, de uma forma exploratória, foram categorizadas as respostas às quatro perguntas abertas do estudo, de forma a perceber se estas respostas completam ou acrescentam alguma informação à análise estatística efetuada.

Resultados

Caracterização da População

Tabela 1

Escolaridade e Profissão dos indivíduos (N=1118)

Escolaridade	N	%
Ensino Primário/4º ano de escolaridade completo	1	0,1%
Ensino Básico/9º ano de escolaridade completo	55	4,9%
Ensino Secundário/12º ano de escolaridade completo	247	22,1%
Licenciatura ou superior	815	72,9%
Total Escolaridade Obrigatória	303	27,1%

Profissão	N	%
Enfermeiro	71	6,4%
Médico	43	3,8%
Psicólogo	51	4,6%
Outros Profissionais de saúde	80	7,2%
Não Profissionais de Saúde	846	75,7%
Não respondeu	27	2,3%

Nota. A resposta à questão da profissão foi opcional.

Para a análise dos resultados as variáveis profissão e escolaridade foram classificadas previamente como variáveis dicotómicas (na escolaridade: Obrigatória; Licenciatura ou superior e na Profissão: Médicos e Enfermeiros; Outros Profissionais).

No caso da variável profissão, consideramos os profissionais de saúde como os médicos e enfermeiros, porque têm uma formação e prática profissional que os prepara para terem uma melhor compreensão do processo de vacinação.

Tabela 2

Utilização de Medicinas alternativas e Acompanhamento Médico (N Medicinas Alternativas=863; N Acompanhamento Médico=1118)

Utilização de medicinas alternativas	N	%
Não	560	64,9
Não, mas poderei usar	56	6,5
Sim	247	28,6
Acompanhamento médico	N	%
Médico de família	295	26,4%
Pediatra	811	72,5%
Nenhuma das anteriores	12	1,1%

Nota. A questão das medicinas alternativas, foi uma das questões abertas opcionais do final do questionário.

Tabela 3*Distrito de Residência dos participantes (N=1118)*

Distrito	N	%
Viana do Castelo	160	14,3%
Braga	77	6,9%
Vila Real	8	0,7%
Bragança	11	1,0%
Porto	170	15,2%
Aveiro	58	5,2%
Viseu	20	1,8%
Guarda	8	0,7%
Coimbra	36	3,2%
Castelo Branco	15	1,3%
Leiria	26	2,3%
Santarém	36	3,2%
Portalegre	3	0,3%
Lisboa	327	29,3%
Évora	12	1,1%
Setúbal	81	7,2%
Beja	14	1,3%
Faro	35	3,1%
Madeira	8	0,7%
Açores	13	1,2%

Dos 1118 indivíduos que responderam ao questionário, 94,5% (1057) eram mães. A idade dos participantes variou entre os 18 e os 58 anos ($M = 35,92$, $DP = 0,17$), sendo que todos os indivíduos residiam em Portugal. Verificou-se uma diversidade de participantes residentes em diferentes distritos do país (Tabela 3). A grande maioria dos pais tinha como grau de escolaridade concluído a licenciatura ou superior (Tabela 1). A maioria dos participantes tinha um ou dois filhos (93,2%). Quase metade dos pais ou cuidadores (49%) que responderam ao questionário eram pais de uma criança com zero a um ano de idade. A maioria dos participantes tinha os seus filhos em acompanhamento por um pediatra, embora se observe um número residual de participantes que reporta que a criança não tinha acompanhamento regular médico. Por fim, quase um quarto já tinha recorrido a medicinas

alternativas, como homeopatia, acupuntura e osteopatia (Tabela 2).

Estudo das Propriedades Psicométricas e Adaptação das Escalas

Como primeira fase da análise de resultados, indo ao encontro do primeiro objetivo definido, procedeu-se à análise das propriedades psicométricas fundamentais das escalas utilizadas neste estudo. Antes, foi feita a preparação da base de dados, com a inversão das respostas em 19 itens para que o valor máximo da escala de resposta (*de 1 a 5*) coincidisse sempre com a posição mais favorável à vacinação dos filhos. Não se verificaram casos omissos, dado que a plataforma não permitia que os participantes prosseguissem o questionário se não respondessem a todos os itens, com exceção das perguntas abertas finais, onde a participação era opcional.

Escala das atitudes e crenças sobre a vacinação.

Os itens selecionados a partir dos questionários já existentes relacionavam-se com as atitudes e crenças sobre a vacinação pediátrica, formando um conjunto de itens teoricamente coerente. No entanto, o número de itens era bastante elevado e os mesmos itens incluíam dimensões diferentes, pelo que, optou-se por reduzir o número de itens e testar a estrutura fatorial, considerando um modelo constituído por diversas subescalas. Para tal, procedeu-se a uma análise dos itens em cada subescala temática (subescalas de Eficácia, Perigos e Riscos e Percepção da Gravidade) e selecionaram-se, para cada uma, os quatro itens mais discriminantes e que permitiam obter melhor consistência interna. Para a discriminação desses itens foi utilizada a distribuição das respostas a cada item, correlação inter item, correlação item total e alfa de *Cronbach* nas escalas e subescalas temáticas. Em seguida realizou-se a análise fatorial exploratória para definir a escala final.

Análise da validade do constructo da escala atitudes e crenças sobre a vacinação.

Após a seleção dos quatro itens sobre cada uma das subáreas temáticas acima referida, procedemos a uma análise fatorial exploratória. O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) apresentou um valor de 0,94, e o teste de esfericidade de Bartlett foi de 6198,505, $p=0,000$, indicativos da adequação para prosseguir para a Análise Fatorial. Procedeu-se à análise

fatorial, atendendo ao critério de decisão de Guttman-Kaiser (valores próprios >1,0), tendo sido identificados dois fatores. Estes dois fatores, segurança e eficácia das vacinas e percepção da gravidade das doenças preveníveis por vacinação, mostraram ser teoricamente consistentes, explicando um total de 58,3% da variância. Ambas as subescalas são constituídas por seis itens (Tabela 4).

Tabela 4

Análise fatorial da Escala de Atitudes e Crenças sobre a Vacinação

Escala Atitudes e Crenças Sobre a Vacinação	Fator 1 Segurança e eficácia das vacinas pediátricas	Fator 2 Percepção de gravidade das doenças preveníveis por vacinação
Preocupo-me que o sistema imunitário das crianças possa ficar enfraquecido por demasiadas vacinas.	0,74	
Se vacinar a minha criança, ela pode sofrer efeitos secundários graves	0,72	
As crianças recebem mais vacinas do que as que necessitam	0,69	
As vacinas são seguras	0,68	
As vacinas reforçam o sistema imunitário	0,62	
As vacinas da infância são eficazes	0,55	
Acredito que muitas das doenças que as vacinas previnem são graves		0,73
As doenças evitáveis por vacinação são realmente graves para a sua criança		0,70
Se eu não vacinar a minha criança, ela pode apanhar uma doença, como o sarampo, e fazer com que outras crianças ou adultos também apanhem a doença		0,69
A vacinação é importante para proteger toda a comunidades contra doenças		0,67
Receber vacinas é uma boa maneira de proteger as crianças de doenças		0,62
Ter o meu filho vacinado é importante para a saúde dos outros na minha comunidade		0,61
Valor Próprio	5,90	1,10
% de Variância Explicada	49,15	9,15

Verificou-se que ambas as subescalas apresentam boa consistência interna (Segurança e Eficácia $\alpha=0,82$, correlação média inter item de 0,46; Percepção de Gravidade $\alpha= 0,84$, média inter item de 0,48). Verificou-se uma correlação moderada ($r= 0,52$, $p<0,001$), entre os dois fatores.

Consistência interna das restantes escalas.

Tabela 5

Alfa de Cronbach (α) e Correlação média inter item das restantes escalas (N=1118)

Escala	Alfa de Cronbach (α)	Correlação Média Inter item (IICM)	Nº de itens
Escala de Atitudes sobre Exigências de Vacinação	0,76	0,53	3
Escala da Norma Social	0,63	0,34	3
Escala das Crenças na Teoria da Conspiração	0,86	0,56	5
Escala de Aconselhamento do Profissional de Saúde sobre a Vacinação Pediátrica	0,76	0,36	7

Verificou-se que todas as restantes escalas apresentam valores de fiabilidade aceitáveis, com exceção da Escala de Norma Social que teve um valor de alfa inferior ao aceitável, mas que foi decidido manter, considerando a correlação média inter item e o número reduzido de itens (Tabela 5).

Comportamentos em Relação à Vacinação Pediátrica

De forma a responder ao segundo objetivo do estudo, caracterizaram-se os comportamentos parentais face à vacinação dos filhos tendo em conta se alguma vez atrasaram a vacinação dos seus filhos e a intenção de vacinar um próximo filho.

Tabela 6

Caracterização do comportamento dos pais face à vacinação dos seus filhos (N=1118)

Pergunta	Sim		Não	
	N	%	N	%
Já alguma vez atrasou a vacinação da(s) sua(s) criança(s), por outras razões que não sejam doença ou alergia?	60	5,4%	1058	94,6%
Se tivesse outro filho, gostaria que ele recebesse todas as vacinas?	1083	96,9%	35	3,1%

“Se tivesse outro filho, gostaria que ele recebesse todas as vacinas?” (Tabela 6), foi a pergunta que foi utilizada para caracterizar a população de risco, com maior vulnerabilidade a não vacinar filhos futuros, à semelhança dos trabalhos de Gellin et al. (2000) e de Opel et al. (2011b).

Relação entre o Comportamento Parental e as Variáveis Sociodemográficas

De seguida, com o intuito de responder ao terceiro objetivo do trabalho, foi analisada a existência de relação entre os comportamentos parentais (intenção de vacinar um próximo filho e adiamento) e as variáveis sociodemográficas, como a escolaridade, profissão, número de filhos e idade do filho mais novo.

Através do teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, conclui-se que, em relação ao grupo profissional não existiam associações estatisticamente significativas do ponto de vista de atitudes face à vacinação pediátrica, tendo por base a categorização em dois grupos profissionais: médicos e enfermeiros (um grupo) e outros profissionais (outro grupo). Também não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o comportamento parental e a escolaridade dos pais (obrigatória; licenciatura ou superior).

De seguida, apresentam-se as análises das variáveis, número de filhos (Tabela 7) e da idade do filho mais novo (Tabela 8) dos participantes, em relação às atitudes parentais.

Tabela 7

Relação entre o número de filhos e os comportamentos parentais para com a vacinação dos seus filhos - Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) (N = 1118)

		Número de Filhos		(χ^2)
		1 filho	Mais do que 1 filho	
Não houve atraso na vacinação	Contagem	606	452	11,44***
	% do número de filhos	96,7%	92,1%	
	Resíduos Ajustados	3,4	-3,4	
Atraso na vacinação	Contagem	21	39	13,53***
	% do número de filhos	3,3%	7,9%	
	Resíduos Ajustados	-3,4	3,4	
Não vacinaria outro filho	Contagem	9	26	13,53***
	% do número de filhos	1,4%	5,3%	
	Resíduos Ajustados	-3,7	3,7	
Vacinaria outro filho	Contagem	618	465	
	% do número de filhos	98,6%	94,7%	
	Resíduos Ajustados	3,7	-3,7	

*** $p < 0,001$

Nota. Os resultados que se encontram a negrito são os valores de resíduos ajustados que indicam diferenças significativas (valores absolutos superiores a 1,96).

Verificou-se que os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos apresentaram associações estatisticamente significativas com o número de filhos, sendo que os indivíduos que têm mais do que um filho apresentaram uma frequência estatisticamente superior ao esperado de atraso de uma vacina ou a ausência de intenção de vacinar um próximo filho.

Tabela 8

Relação entre a idade do filho mais novo e os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos - Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) (N = 1118)

		Idade do filho mais novo		(χ^2)
		0 a 1 ano	2 anos ou superior	
Não houve atraso na vacinação	Contagem	527	531	4,98***
	% Idade do filho mais novo	96,2%	93,2%	
	Resíduos Ajustados	2,2	-2,2	
Atraso na vacinação	Contagem	21	39	
	% Idade do filho mais novo	3,8%	6,8%	
	Resíduos Ajustados	-2,2	2,2	
Não vacinaria outro filho	Contagem	10	25	6,04*
	% Idade do filho mais novo	1,8%	4,4%	
	Resíduos Ajustados	-2,5	2,5	
Vacinaria outro filho	Contagem	538	545	
	% Idade do filho mais novo	98,2%	95,6%	
	Resíduos Ajustados	2,5	-2,5	

*** $p < 0,001$

* $p < 0,05$

Nota. Os resultados que se encontram a negrito são os valores de resíduos ajustados que indicam diferenças significativas (valores absolutos superiores a 1,96).

Verificou-se que os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos apresentaram associações estatisticamente significativas em relação à idade do filho mais novo, sendo que os indivíduos cujo filho mais novo tinha dois anos ou mais apresentavam uma frequência estatisticamente significativa superior ao esperado de atraso de uma vacina ou a ausência de intenção de vacinar um próximo filho.

Associação entre o Comportamento Parental e a Utilização de Medicinas Alternativas e Acompanhamento Médico

De forma a responder ao quarto objetivo, foi realizado um teste de Qui-Quadrado de *Pearson* para verificar a relação entre o comportamento parental (intenção de vacinar um próximo filho e adiamento), o tipo de acompanhamento médico (Tabela 9) e a utilização de medicinas alternativas (Tabela 10).

Tabela 9

Relação entre o Acompanhamento Médico e o comportamento parental face à vacinação pediátrica – Qui- Quadrado de Pearson (χ^2) (N=1118)

		Acompanhamento Médico			(χ^2)
		Médico de Família	Pediatra	Nenhum	
Não houve atraso na vacinação	Contagem	284	768	6	48,64***
	% de Acompanhamento Médico	96,3%	94,7%	50%	
	Resíduos Ajustados	1,5	0,2	-6,9	
Atraso na vacinação	Contagem	11	43	6	88,61***
	% de Acompanhamento Médico	3,7%	5,3%	50%	
	Resíduos Ajustados	-1,5	-0,2	6,9	
Não vacinaria outro filho	Contagem	10	19	6	88,61***
	% de Acompanhamento Médico	3,4%	2,3%	50%	
	Resíduos Ajustados	0,3	-2,5	9,4	
Vacinaria outro filho	Contagem	285	792	6	
	% de Acompanhamento Médico	96,6%	97,7%	50%	
	Resíduos Ajustados	-0,3	2,5	-9,4	

*** $p < 0,001$

Nota. Os resultados que se encontram a negrito são os valores de resíduos ajustados que indicam diferenças significativas (valores absolutos superiores a 1,96).

Verificou-se que os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos apresentavam associações estatisticamente significativas em relação ao acompanhamento médico dos mesmos, sendo que os indivíduos sem acompanhamento médico apresentavam uma frequência significativamente superior ao esperado de atraso na vacinação.

Por fim, na intenção de vacinar um próximo filho verificou-se que os indivíduos sem acompanhamento médico apresentavam uma frequência significativamente superior ao esperado da intenção de não vacinar um próximo filho. No entanto, verificou-se que os indivíduos acompanhados pelo pediatra também apresentavam valores significativamente superiores ao que seria expectável na intenção da não vacinação de um próximo filho.

Tabela 10

Relação entre a utilização de medicinas alternativas e o comportamento parental face à vacinação pediátrica – Qui- Quadrado de Pearson (χ^2) (N=1118)

		Utilização de Medicinas Alternativas			(χ^2)
		Não	Não, mas poderei usar	Sim	
Não houve atraso na vacinação	Contagem	545	52	221	21,81***
	% de Utilização das Medicinas Alternativas	97,3%	92,9%	89,5%	
	Resíduos Ajustados	4,6	-0,7	-4,4	
Atraso na vacinação	Contagem	15	4	26	33,16***
	% de Utilização das Medicinas Alternativas	2,7%	7,1%	10,5%	
	Resíduos Ajustados	-4,6	0,7	4,4	
Não vacinaria outro filho	Contagem	6	0	21	33,16***
	% de Utilização das Medicinas Alternativas	1,1%	0%	8,5%	
	Resíduos Ajustados	-4,7	-1,4	5,7	
Vacinaria outro filho	Contagem	554	56	226	
	% de Utilização das Medicinas Alternativas	98,9%	100%	91,5%	
	Resíduos Ajustados	4,7	1,4	-5,7	

*** $p < 0,001$

Nota. Os resultados que se encontram a negrito são os valores de resíduos ajustados que indicam diferenças significativas (valores absolutos superiores a 1,96).

Verificou-se que os comportamentos parentais em relação à vacinação dos seus filhos apresentavam associações estatisticamente significativas com o relato de utilização de medicinas alternativas, sendo que os indivíduos que recorreram a medicinas alternativas apresentavam uma frequência estatisticamente superior ao esperado de atraso de uma vacina ou a ausência de intenção de vacinar um próximo filho.

Crenças Parentais em Relação à Vacinação Pediátrica

O quinto objetivo específico deste trabalho foi o de analisar e caracterizar as crenças parentais relacionadas com as vacinas pediátricas, sendo que são apresentados em seguida as médias, desvio padrão, valores máximos e mínimos (Tabela 11).

Tabela 11

Média, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis em estudo (N= 1118)

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Segurança e Eficácia	4,25	0,02	1	5
Percepção de Gravidade	4,72	0,02	1	5
Exigências	4,45	0,02	1	5
Norma Social	4,75	0,02	1	5
Teorias da Conspiração	4,08	0,03	1	5
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	4,28	0,02	1	5

Para todas as escalas relativas a crenças e atitudes observaram-se valores muito favoráveis à vacinação, com respostas em todos os pontos da escala de *Likert*, embora o desvio padrão seja muito reduzido.

Tabela 12*Coeficientes de Correlação de Spearman (r_s) intra variáveis do estudo (N=1118)*

Varáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Segurança e Eficácia						
2. Percepção de Gravidade	0,52***					
3. Exigências	0,46***	0,47***				
4. Norma Social	0,39***	0,39***	0,37***			
5. Teorias da Conspiração	0,69***	0,50***	0,47***	0,36***		
6. Aconselhamento de Profissionais de Saúde	0,24***	0,24***	0,17***	0,23***	0,22***	

*** $p < 0,001$

Observaram-se correlações significativas e positivas, fracas a moderadas entre as todas as escalas e subescalas (Tabela 12). A correlação mais elevada foi entre as crenças relacionadas com Segurança e Eficácia e Teorias da Conspiração, sendo a escala de Aconselhamento de Profissionais de Saúde a que apresentou correlações mais baixas com todas as outras.

Relação entre as Crenças Parentais Acerca da Vacinação e as Variáveis Sociodemográficas

Para responder ao sexto objetivo, analisaram-se as eventuais relações entre as crenças parentais e as variáveis sociodemográficas (escolaridade, profissão, idade dos filhos e número de filhos).

Tabela 13

Comparação das crenças parentais acerca da vacinação em função da escolaridade dos pais - Teste Mann-Whitney (N Obrigatória=303; N Licenciatura ou superior=815; N Total=1118)

	Escolaridade	Média das Ordens	Mann-Whitney U
Segurança e Eficácia	Obrigatória	486,26	101281,50***
	Licenciatura ou superior	586,73	
Percepção de Gravidade	Obrigatória	469,27	96132,50***
	Licenciatura ou superior	593,05	
Exigências	Obrigatória	480,24	99457,50***
	Licenciatura ou superior	588,97	
Norma Social	Obrigatória	512,21	109143,00***
	Licenciatura ou superior	577,08	
Teoria da Conspiração	Obrigatória	444,16	88525,00***
	Licenciatura ou superior	602,38	
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Obrigatória	580,49	117113,00
	Licenciatura ou superior	551,70	

*** $p < 0,001$

Verificaram-se diferenças significativas nas crenças parentais em função da escolaridade dos participantes, sendo que as pessoas com mais anos de escolaridade tinham crenças significativamente mais favoráveis à vacinação, exceto no Aconselhamento de Profissionais de Saúde em que não se observaram diferenças significativas (Tabela 13).

Tabela 14

Comparação das crenças acerca da vacinação em função do grupo profissional dos pais - Teste Mann-Whitney (N Não profissionais de saúde=968; N Médicos e Enfermeiros=123; N Total=1091)

	Grupos Profissionais	Média das Ordens	Mann-Whitney U
Segurança e Eficácia	Outros Profissionais	537,12	50936.50***
	Médico ou Enfermeiro	615,88	
Percepção de Gravidade	Outros Profissionais	536,12	49966,50***
	Médico ou Enfermeiro	623,77	
Exigências	Outros Profissionais	538,60	52373.00*
	Médico ou Enfermeiro	604,20	
Norma Social	Outros Profissionais	538,20	51981,00**
	Médico ou Enfermeiro	607,39	
Teoria da Conspiração	Outros Profissionais	525,24	39438,50***
	Médico ou Enfermeiro	709,36	
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Outros Profissionais	545,66	59204,50
	Médico ou Enfermeiro	548,66	

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Comparámos as crenças dos profissionais de saúde com as de outros pais, tendo verificado que as suas crenças são significativamente mais favoráveis à vacinação, exceto no caso do Aconselhamento de Profissionais de Saúde (Tabela 14).

Não se verificaram diferenças significativas nas crenças parentais em relação à vacinação pediátrica em função do número de filhos (um filho; mais do que um filho) e da idade dos filhos mais novos (dos zero a um ano; dois anos ou mais).

Relação entre as Crenças Parentais Acerca da Vacinação e o Acompanhamento Médico e Utilização de Medicinas Alternativas

Em relação ao sétimo objetivo, exploraram-se eventuais relações entre as crenças parentais e o Acompanhamento Médico (Tabela 15) e a Utilização de Medicinas Alternativas (Tabela 16).

Tabela 15

Comparação das crenças parentais em função do acompanhamento médico das crianças - Teste Kruskal-Wallis (N Médico de Família=295; N Pediatra=811; N Nenhum=12; N Total=1118)

	Acompanhamento Médico	Média das Ordens	Kruskal-Wallis	Comparações Múltiplas
Segurança e Eficácia	Médico de Família (MF)	508,21	23,41***	P>MF>N*
	Pediatra (P)	582,82		
	Nenhum (N)	244,25		
Percepção de Gravidade	Médico de Família (MF)	504,28	35,39***	P>MF>N***
	Pediatra (P)	584,97		
	Nenhum (N)	195,46		
Exigências	Médico de Família (MF)	498,16	29,00***	MF>N*
	Pediatra (P)	585,94		P>MF***
	Nenhum (N)	280,75		P>N ***
Norma Social	Médico de Família (MF)	540,20	26,70***	MF>N***
	Pediatra (P)	571,68		P>N***
	Nenhum (N)	211,13		
Teoria da Conspiração	Médico de Família (MF)	495,46	32,58***	MF>N**
	Pediatra (P)	587,97		P>MF***
	Nenhum (N)	209,58		P>N***
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Médico de Família (MF)	467,18	63,19***	P>MF>N***
	Pediatra (P)	600,04		
	Nenhum (N)	89,29		

*** $p<0,001$ ** $p<0,01$ * $p<0,05$

Nota. As comparações múltiplas foram consideradas para $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$.

Verificaram-se diferenças significativas nas crenças parentais acerca da vacinação em função do tipo de acompanhamento médico das crianças reportado, sendo que os pais de crianças que eram seguidas por um pediatra tinham crenças mais favoráveis à vacinação em todas as crenças estudadas. Os pais que apresentavam crenças menos favoráveis à vacinação eram os pais que relataram que os seus filhos não eram acompanhados por um médico.

Tabela 16

Comparação das crenças parentais em função da utilização de medicinas alternativas - Teste Kruskal-Wallis (N Não=560; N Não, mas poderei=56; N Sim=247; N Total=863)

	Medicinas Alternativas	Média das Ordens	Kruskal-Wallis	Comparações Múltiplas
Segurança e Eficácia	Não (N)	453,56	14,45***	N>S***
	Não, mas poderei (NS)	446,75		
	Sim (S)	379,77		
Percepção de Gravidade	Não (N)	447,70	8,56*	N>S*
	Não, mas poderei (NS)	420,37		
	Sim (S)	399,05		
Exigências	Não (N)	442,52	3,56	
	Não, mas poderei (NS)	424,41		
	Sim (S)	409,87		
Norma Social	Não (N)	442,85	5,48	
	Não, mas poderei (NS)	410,40		
	Sim (S)	412,29		
Teoria da Conspiração	Não (N)	453,09	11,67**	N>S**
	Não, mas poderei (NS)	396,38		
	Sim (S)	392,27		
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Não (N)	446,94	8,40*	N>S*
	Não, mas poderei (NS)	452,40		
	Sim (S)	393,50		

*** $p<0,001$ ** $p<0,01$ * $p<0,05$

Nota. As comparações múltiplas foram consideradas para $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$.

Verificaram-se diferenças significativas nas crenças parentais acerca da vacinação pediátrica, em função da utilização de medicinas alternativas. Os pais que já recorreram a medicinas alternativas foram os que apresentavam crenças significativamente menos favoráveis à vacinação nas variáveis Segurança e Eficácia, Percepção de Gravidade, Teorias da Conspiração e o Aconselhamento de Profissionais de Saúde.

Relação entre as Crenças Parentais Sobre a Vacinação em Função do Comportamento dos Pais Sobre a Vacinação

Por último, o oitavo objetivo previa avaliar a relação entre os comportamentos de vacinação reportados (intenção de vacinar um próximo filho e atraso de uma vacina) e as crenças parentais acerca da vacinação pediátrica.

Tabela 17

Comparação das crenças acerca da vacinação em função da vacinação de um novo filho - Teste Mann-Whitney (N Não=35; N Sim=1083; N Total=1118)

	Vacinação de um próximo filho	Média das Ordens	Mann-Whitney U
Segurança e Eficácia	Não	50,80	1148,00***
	Sim	575,94	
Percepção de Gravidade	Não	77,89	2096,00***
	Sim	575,06	
Exigências	Não	77,46	2081,00***
	Sim	575,08	
Norma Social	Não	134,57	4080,00***
	Sim	573,23	
Teoria da Conspiração	Não	106,46	3096,00***
	Sim	574,14	
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Não	215,81	6923,50***
	Sim	570,61	

*** $p < 0,001$

Verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões das crenças parentais sobre a vacinação da infância em função da intenção de vacinarem um próximo filho, sendo que os pais que vacinariam outro filho apresentaram sempre crenças mais favoráveis à vacinação (Tabela 17).

Tabela 18

Comparação das crenças acerca da vacinação em função do atraso de uma vacina - Teste Mann-Whitney (N Não=1058; N Sim=60; N Total=1118)

	Atraso na vacinação	Média das Ordens	Mann- Whitney U
Segurança e Eficácia	Não	573,85	16556,00***
	Sim	306,43	
Percepção de Gravidade	Não	572,60	17877,50***
	Sim	328,46	
Exigências	Não	573,60	16817,00***
	Sim	310,78	
Norma Social	Não	569,49	21166,50***
	Sim	383,28	
Teoria da Conspiração	Não	571,14	19428,50***
	Sim	354,31	
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	Não	567,55	23225,00***
	Sim	417,58	

*** $p < 0,001$

Verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões das crenças parentais sobre a vacinação da infância em função de ter ou não atrasado alguma vacina, sendo que os pais que não atrasaram vacinas tinham sempre crenças mais favoráveis à vacinação (Tabela 18).

Modelos preditivos do comportamento e atitude parental de vacinação.

Considerando que todas as dimensões se mostraram associadas aos comportamentos de vacinação, testámos o valor preditivo destas dimensões (segurança e eficácia, percepção de gravidade, norma social, teorias da conspiração, exigências e aconselhamento do profissional de saúde) em relação aos comportamentos parentais de vacinação. Para tal, conduziu-se duas regressões logísticas binárias em que as variáveis dependentes foram a intenção de vacinar um outro filho (Tabela 19) e o atraso da vacinação (Tabela 20).

Tabela 19

Análise de regressão binária, tendo por variável dependente a vacinação de outro filho – Regressão Logística Binária

	B	SE	Exp (B)	95% C.I. para Exp(B)	
				Inferior	Superior
Segurança e eficácia	2,40***	0,71	11,05	2,76	44,22
Percepção de Gravidade	0,60	0,55	1,83	0,63	5,34
Exigências	0,84**	0,40	2,32	1,06	5,05
Norma Social	0,70	0,45	2,01	0,84	4,83
Teorias da Conspiração	-1,03	0,68	0,36	0,10	1,35
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	0,23	0,41	1,26	0,57	2,79

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$

A principal variável preditora da decisão de vacinar ou não um próximo filho foi a Segurança e Eficácia, sendo que a escala de Exigências sobre a vacinação também se mostrou significativa.

Tabela 20

Análise de regressão binária, tendo por variável dependente o atraso na vacinação - Regressão Logística Binária

	B	SE	Exp (B)	95% C.I. para Exp(B)	
				Inferior	Superior
Segurança e eficácia	- 0,75*	0,32	0,47	0,25	0,89
Percepção de Gravidade	- 0,25	0,32	0,78	0,42	1,45
Exigências	- 0,50*	0,21	0,61	0,41	0,91
Norma Social	- 0,29	0,26	0,75	0,45	1,25
Teorias da Conspiração	0,39	0,28	1,47	0,85	2,55
Aconselhamento de Profissionais de Saúde	- 0,04	0,22	0,96	0,63	1,46

* $p < 0,05$

Tal como na regressão anterior, as variáveis preditoras do atraso de uma vacina foram as crenças relacionadas com segurança e eficácia e as exigências sobre a vacinação, mas neste caso com uma significância marginal.

Análise de conteúdo

De forma a complementar a análise de dados quantitativos, foram analisadas as respostas às perguntas abertas opcionais que se encontravam no final do questionário, através de uma análise categorial.

Motivos para ter atrasado uma vacina.

Esta pergunta corresponde a uma justificação solicitada quando os participantes respondiam que já tinham atrasado a administração de uma vacina ao seu filho, em relação à idade recomendada (Tabela 21). As categorias de resposta são apresentadas por ordem de frequência.

Tabela 21

Motivos de atraso de uma vacina (N=55)

Motivos		N	Exemplos de respostas
Efeitos Secundários		12	<i>Penso que as vacinas têm efeitos secundários que importa não desvalorizar.</i>
Indisponibilidade pessoal e/ou esquecimento		11	<i>Fui adiando por causa do Trabalho; Falta de tempo; Esquecimento.</i>
Motivos económicos		9	<i>Questões monetárias</i>
Questões relacionadas com a criança		5	<i>Estava doente; Criança ter medo.</i>
Motivos Contextuais	Emigração e Férias	5	<i>Motivo de férias; Emigração...</i>
	Indisponibilidade de Stock	5	<i>Não estava disponível no centro de saúde e tivemos de adiar 1 mês.</i>
Extra Programa Nacional de Vacinação		4	<i>A vacina não pertence ao plano nacional de vacinação.</i>
Dúvidas em relação à vacinação ou de uma vacina específica		3	<i>Dúvidas em relação à vacina.</i>
Opinião divergente entre os profissionais de saúde		1	<i>Por opiniões divergentes do médico de família e pediatra particular.</i>

Em relação aos 55 indivíduos que mencionaram terem atrasado a toma de uma vacina do seu filho verificou-se que as razões invocadas são bastante diversas, sendo a mais frequente relacionada com a segurança e efeitos secundários. No entanto, os motivos não relacionados com crenças específicas sobre as vacinas, como a falta de tempo, esquecimento ou questões

económicas, em conjunto, constituem as justificações mais frequentes. Curiosamente, alguns pais referiram o medo da criança como uma justificação para este atraso.

Perguntas opcionais do questionário.

O questionário preenchido pelos pais integrava três perguntas abertas opcionais, sobre as preocupações que os pais tiveram quando vacinaram os filhos (Tabela 22), e de forma mais geral os motivos que levam os pais a vacinar (Tabela 23) e os motivos que levam alguns pais a não vacinar os filhos (Tabela 24). Categorizaram-se todas as respostas dadas, existindo respostas que se enquadravam em mais do que uma temática. As tabelas seguintes apresentam as percentagens de cada categoria identificada, considerando o grupo de pais que vacinaria um próximo filho e o que não vacinaria.

Tabela 22

Preocupações quando levaram os filhos a levar uma vacina (N Vacinaria = 829; N Não vacinaria = 26)

Preocupações		N (Não vacinaria outro filho)	N (Vacinaria outro filho)	Exemplos de respostas
COM PREOCUPAÇÕES (455)	Efeitos Secundários (leves ou a curto prazo)	7 (26,92%)	410 (49,46%)	<i>Solicito informações sobre os efeitos secundários.</i>
	Dúvidas em relação à vacinação sobre uma vacina específica	7 (26,92%)	29 (3,50%)	<i>Só acho que não deveriam ser dadas tantas vacinas ao mesmo tempo.</i>
	Efeitos Secundários (graves ou a longo prazo)	3 (11,54%)	26 (3,14%)	<i>Que ela tenha efeitos secundários graves; Sequelas permanentes.</i>
	Indisponibilidade dos médicos	1 (3,85%)	1 (0,12%)	<i>Indisponibilidade dos profissionais para falar sobre o tema.</i>
	Falta de informação e estudos	2 (7,69%)	2 (0,24%)	<i>Não haver muitos estudos relativos aos efeitos secundários.</i>
	Vacinas extra PNV	0	9 (1,09%)	<i>Algumas vacinas extra plano; As vacinas fora do plano.</i>
	Teorias da Conspiração	0	4 (0,48%)	<i>Algumas são desnecessárias, são negócio.</i>
	Eficácia	0	14 (1,69%)	<i>Quanto tempo era a sua eficácia.</i>
SEM PREOCUPAÇÕES (100)	Sem dúvida	4 (15,38%)	264 (31,85%)	<i>Não tenho; Não tenho dúvidas; Nenhuma preocupação.</i>
	Esclarecimento Prévio	2 (7,69%)	95 (11,46%)	<i>Não, costumo estar devidamente esclarecida.</i>
	Confiança no sistema de saúde e nos profissionais	0	46 (5,55%)	<i>Confio; Confio plenamente no nosso de saúde e nos médicos.</i>

Verifica-se que cerca de metade das pessoas que vacinariam um próximo filho tiveram dúvidas em relação aos efeitos secundários ligeiros ou passageiros, como a febre e a dor local. Por outro lado, um terço deste grupo mencionou não ter tido preocupações.

No caso dos indivíduos que não vacinariam um próximo filho, as suas preocupações foram relacionadas com os efeitos secundários das vacinas, sobretudo os leves e passageiros e dúvidas em relação à vacinação sobre uma vacina específica.

Tabela 23

Motivos para Vacinar dos pais que vacinariam outro filho e que não vacinariam outro filho (N Vacinaria = 860; N Não vacinaria = 22)

Motivos	N (Não vacinaria outro filho)	N (Vacinaria outro filho)	Exemplos de respostas
Imunidade Individual	11 (50%)	852 (99,07%)	<i>Imunidade; Para que esteja imune a doenças.</i>
Imunidade Comunitária	8 (36,36%)	400 (46,51%)	<i>Proteger todos; Proteção da comunidade.</i>
Diminuição da Mortalidade Infantil	2 (9,09%)	24 (2,79%)	<i>Diminui a mortalidade infantil; Salvam vidas; Menor mortalidade infantil.</i>
Cidadania e Responsabilidade	1 (4,55%)	31 (3,60%)	<i>Descargo de consciência; Consciência; Cidadania; Dever Cívico.</i>
Segurança e Eficácia	1 (4,55%)	20 (2,33%)	<i>Acho um método seguro; É seguro; São globalmente seguras e bem toleradas.</i>
Exigências e Obrigatoriedade	2 (9,09%)	8 (0,93%)	<i>Exigências nos estabelecimentos de ensino; Ser obrigatório.</i>
Confiança no sistema de saúde e nos profissionais	0	8 (0,93%)	<i>Porque foi aconselhado pelo pediatra do meu filho; Tanto o pediatra como o médico de família aconselharam.</i>
Nenhum	8 (36,36%)	0 (0%)	<i>Eu honestamente não acho que deva vacinar; Nenhuma, nenhuma e nenhuma.</i>
Serem Gratuitas	0	1 (0,11%)	<i>A maioria das vacinas são gratuitas.</i>

Quase todos os indivíduos que vacinariam um próximo filho, com exceção de oito, referiram que um dos motivos para vacinar as crianças é a imunidade individual e cerca de metade reconheceu a importância das vacinas para a imunidade comunitária. No caso dos indivíduos que não vacinariam um próximo filho, apenas metade referiu que um dos motivos para vacinar é a imunidade individual, de seguida este conjunto de pais identificou como motivo a imunidade comunitária. Contudo, um terço dos indivíduos que não vacinariam um futuro filho referiu que não existe nenhum motivo para vacinar.

Tabela 24

Motivo para Atrasar ou Recusar uma Vacina (N Vacinaria = 860; N Não vacinaria = 26)

Razões	N (Não vacinaria outro filho)	N (Vacinaria outro filho)	Exemplos de respostas
Falta de informação e estudos	8 (30,77%)	560 (65,12%)	<i>Falta de informação; Desconhecimento; Ignorância; Estão mal informados</i>
Crenças relacionadas com a Teoria da Conspiração	10 (38,46%)	255 (29,65%)	<i>Ideologias; religião; Estudos falsos; Fundamentalismo;</i>
Efeitos Secundários	15 (57,69%)	157 (18,26%)	<i>Receio pelo riscos de efeitos secundários a longo prazo</i>
Custos monetários e vacinas extra PNV	1 (3,85%)	87 (10,12%)	<i>Preço elevado de algumas vacinas; As vacinas extra plano são caríssimas</i>
Irresponsabilidade	0	42 (4,88%)	<i>Falta de sentido de responsabilidade; Irresponsabilidade</i>
Segurança e Eficácia	9 (34,62%)	27 (3,14%)	<i>Porque não acreditam na sua eficácia; Não acham necessárias.</i>
Sem opinião	0	25 (2,91%)	<i>Não percebo qual a motivação de atrasar ou recusar vacinas; Não sei</i>
Indisponibilidade pessoal e/ou esquecimento	0	16 (1,86%)	<i>Desleixo; Esquecimento; Impossibilidade logística</i>
Questões relacionadas com a criança	1 (3,85%)	13 (1,51%)	<i>Problemas de saúde da criança; Por alguma alergia da criança</i>
Desconfiança no sistema de saúde e profissionais	0	10 (1,16%)	<i>Falta de aconselhamento correto; Desconfiança no sistema de saúde</i>

A maioria dos indivíduos que vacinariam um próximo filho indicaram que os motivos pelos quais algumas pessoas recusam ou atrasam a vacinação é devido à falta de informação ou conhecimento. Uma das respostas mais apresentadas neste categoria foi a ignorância ou a existência de estudos falsos. Um terço dos indivíduos que vacinaria um futuro filho, no que diz respeito ao motivo que leva as pessoas, de um ponto de vista geral, a recusar ou atrasar a

vacinação, refere que são as crenças associadas a teorias da conspiração e o receio dos efeitos secundários associados à vacinação.

No caso dos indivíduos que não vacinariam um próximo filho, mais de metade referiu como provável motivo de recusa ou atraso da vacinação o receio dos efeitos secundários. Outros participantes referiram, com menor frequência, crenças associadas a teorias da conspiração, as dúvidas em relação à segurança e eficácia da vacinação e, por fim a falta de informação e de estudos existente neste domínio.

Discussão dos Resultados

Este capítulo discute os resultados apresentados na secção anterior de acordo com os objetivos deste estudo. Como referido anteriormente, o objetivo geral deste estudo foi caracterizar as crenças e atitudes acerca da vacinação dos pais com filhos entre os 0 e os 12 anos. Salienta-se o número elevado de participantes que foi possível obter num curto período de tempo, o que traduziu um interesse elevado da população por este tema. Esse interesse refletiu-se também num elevado número de participantes que respondeu às perguntas abertas opcionais.

Os resultados mostraram que as crenças e atitudes em relação à vacinação são muito positivas para a larga maioria dos participantes. Os pais hesitantes em relação à vacinação diferenciam-se em diversos aspetos e de forma consistente dos pais que são mais favoráveis à vacinação. Salientamos a existência nestes pais de mais crenças negativas sobre a vacinação em todas as dimensões avaliadas e uma maior utilização de medicinas alternativas.

Construção e Estudo Psicométrico de um Protocolo de Avaliação Integrado

Com o objetivo de avaliar as dimensões propostas neste estudo, foram selecionados itens de diferentes instrumentos, que foram traduzidos e adaptados para a construção de um conjunto de escalas e subescalas específicas, para avaliar as seguintes dimensões: perceção parental sobre a segurança e eficácia das vacinas, perceção de gravidade das doenças preveníveis pela vacinação, exigências de instituições sobre a vacinação, norma social associada à decisão de vacinar, crenças relacionadas com teorias de conspiração e aconselhamento de profissionais de saúde acerca da vacinação.

Todas as escalas e subescalas apresentaram um valor de consistência interna e fiabilidade altos, com exceção da Escala da Norma Social, que foi considerado aceitável em função de ter apenas três itens. Os instrumentos adaptados ou construídos mostraram reunir as condições essenciais necessárias para a realização deste estudo. Adicionalmente, é relevante salientar que a compilação de itens e escalas de diversos autores e estudos originou um conjunto completo e diversificado permitindo uma caracterização global das crenças acerca da vacinação pediátrica.

Comportamentos Parentais Relacionados com as Vacinas Pediátricas

Verificou-se que a maioria dos pais afirmaram a intenção de vacinar um próximo filho e apenas 35 participantes (3,1%) declararam que não vacinariam um próximo filho. Este resultado vai no mesmo sentido, mas com valores bastante mais positivos do que um estudo realizado nos Estados Unidos da América por Gellin et al. (2000), em que se concluiu que a grande maioria (83,6%) dos pais é favorável à vacinação e apenas alguns pais optariam por não vacinar futuros filhos.

A amostra recolhida integrou participantes de todo o país e a percentagem de pais com atitudes de hesitação aproximou-se da proporção nacional de crianças que não receberam todas as vacinas recomendadas pelo PNV, o que permitiu analisar os resultados deste estudo com um bom nível de confiança em relação à sua representatividade nacional.

No caso dos 35 indivíduos que não vacinariam um próximo filho, 21 (60%) já atrasaram uma vacina, o que sugere que estes pais têm uma atitude consistente de hesitação vacinal. Este grupo de pais deverá ser considerado um grupo de risco de incumprimento do Programa Nacional de Vacinação.

Crenças Parentais Relacionadas com as Vacinas Pediátricas

Na análise das crenças parentais verificou-se que a maioria dos pais apresentaram crenças muito favoráveis em relação à vacinação pediátrica. Esta observação confirma os resultados obtidos por Gellin et al. (2000), em que se verificou que a grande maioria dos pais (86,9%) acredita que a vacinação é uma forma extremamente importante de proteger as crianças contra doenças graves. Num estudo de Giambi et al. (2018), a segurança da vacina foi percebida como uma preocupação por todos os pais, e ainda mais por pais hesitantes e contrários à vacinação.

Segundo Larson et al. (2018), a população Portuguesa apresenta crenças sobre as vacinas muito positivas, exibindo a maior percentagem Europeia de inquiridos que concordam que as vacinas geralmente são seguras (95,1%), eficazes (96,6%) e que é importante que as crianças sejam vacinadas (98,0%), assim como tem uma das melhores taxas de cobertura vacinal, de 95% (DGS, 2019).

No presente estudo constatou-se que muitas destas crenças sobre a vacinação estão associadas entre si, sendo hipoteticamente possível que algumas crenças se reforcem

mutuamente. Em particular, a crença nas teorias da conspiração e a percepção de segurança e eficácia das vacinas, apresentaram uma correlação moderada, isto é, os indivíduos que acreditavam em teorias da conspiração tenderam a ter maiores dúvidas em relação à segurança e eficácia das vacinas. O estudo de Jolley e Douglas (2014) reforça este ponto de vista.

Adicionalmente, pode-se concluir que nesta amostra a maioria dos pais considerou como principal razão para vacinar os filhos a obtenção de imunidade individual contra doenças e cerca de metade dos pais reconheceu o papel das vacinas na imunidade comunitária. Comparando com um estudo realizado em vários países Europeus (Suécia, Noruega, Polónia e Espanha), os nossos resultados sugerem que a valorização da proteção coletiva é inferior à que se observa nesses países, onde se verificou que mais de nove em dez pais concordaram que a vacinação é importante para proteger toda a comunidade (Stefanoff et al., 2010). Este aspeto pode estar relacionado com a falta de disseminação de mensagens relacionadas com este aspeto mais abstrato e global da proteção comunitária.

Por outro lado, analisamos também, através de uma pergunta aberta, que motivos terão os pais que atrasam ou recusam a vacinação, sendo que foi relatado como motivo mais frequente a falta de informação e falta de investigação na área, seguido de crenças relacionadas com teorias da conspiração e preocupação com os efeitos secundários. Estes dados estão em linha com alguns estudos anteriores, nomeadamente Auslander, Meers, Short, Zimet e Rosenthal (2019), em que se verificou que os pais com falta de conhecimento ou com informação falsa sobre a vacinação (como teorias da conspiração ou notícias falsas) tinham uma atitude negativa em relação à vacinação. Adicionalmente, observações precedentes revelaram que as principais razões da recusa de vacinação foram o receio dos efeitos secundários e as crenças na teoria da conspiração (Gust et al., 2004; Salmon et al., 2005).

Que características individuais diferenciam os pais com crenças e comportamentos favoráveis à vacinação dos pais mais hesitantes?

Os resultados mostraram que a escolaridade dos pais, embora não estivesse associada ao comportamento de vacinação, estava associada às crenças em relação à vacinação, sendo que os pais com mais estudos reportam crenças mais favoráveis à vacinação em todas as dimensões estudadas, com exceção da confiança no aconselhamento do profissional de saúde que não se mostrou associada à escolaridade. Segundo um estudo de Prislin, Dyer, Blakely e

Johnson (1998), verificou-se que a educação dos pais afeta a vacinação, principalmente através de crenças sobre a segurança e eficácia, sendo que no caso de pais com maior nível de educação as preocupações sobre a segurança das vacinas foram menores. Adicionalmente, no mesmo estudo, de Prislín et al. (1998), verificou-se que um maior nível de escolaridade estava associado a uma maior confiança nos profissionais de saúde, o que não se verificou no nosso estudo, pois a confiança no aconselhamento de profissionais de saúde foi a única dimensão que não apresentou diferenças significativas entre o grupo de pais com mais estudos e o grupo de pais com menos estudos. No entanto, num estudo de Gust et al. (2004), nos Estados Unidos da América, verificou-se que mães com ensino superior e mais estudos tinham maior tendência para pedir ao médico para não vacinar os seus filhos do que pessoas com menos estudos. Esta tendência, que se observa em alguns países, do crescimento de atitudes contra a vacinação pediátrica em pais com mais estudos não parece concretizar-se nesta amostra portuguesa. No entanto, é preciso considerar que esta amostra apresenta uma elevada percentagem de pais com formação superior em relação à população nacional de adultos na mesma faixa etária, pelo que estes resultados devem ser interpretados com prudência. De facto, segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por Larson et al. (2014), a influência do nível de educação na vacinação pediátrica tem resultados contraditórios. Adicionalmente, estes autores sugerem que os fatores individuais (sociodemográficos) não devem ser considerados isoladamente, pois as múltiplas características individuais influenciam a tomada de decisão acerca da vacinação.

Na análise das profissões dos pais, verificámos que os médicos e enfermeiros tinham crenças mais favoráveis à vacinação do que os restantes profissionais. Este dado, embora expectável, não foi encontrado na literatura. Contudo, não se verificaram diferenças em relação ao comportamento vacinal.

Os pais que tinham um filho com menos de dois anos (dos 0 aos 24 meses) apresentavam uma tendência maior de aceitação vacinal, comparativamente com os pais cujo filho mais novo tinha mais de dois anos. Esta diferença poderá ser explicada pela vacinação pediátrica assumir maior importância para os pais de crianças mais pequenas, ou seja, tendem a cumprir o Programa Nacional de Vacinação, sem hesitar ou atrasar a toma das vacinas. Vandermeulen et al. (2008) também constatou que a cobertura vacinal era mais alta em crianças entre os 18 e os 24 meses de idade.

Em contrapartida, verificámos que pais com mais do que um filho tendiam a hesitar mais sobre a vacinação do que pais com apenas um filho. Isto poderá ocorrer devido ao facto de terem experienciado efeitos colaterais após a vacinação com os filhos mais velhos ou em

contrapartida observado a ausência de doença, o que poderá ter diminuído a percepção do risco de doenças infecciosas. Estes cenários podem induzir decisões parentais mais hesitantes na vacinação do filho mais novo (Rotily et al., 2001). Salvaguarda-se que existem poucos estudos relacionados com as dimensões das famílias e o seu impacto na cobertura vacinal (Vandermeulen et al., 2008).

No entanto, é necessário realçar que se observaram diferenças significativas nos comportamentos parentais em função do número e idade dos filhos, mas não se observaram diferenças nas crenças. Poder-se-á colocar a hipótese que os pais com mais do que um filho ou com filhos mais velhos poderão tendencialmente apresentar comportamentos de maior recusa ou hesitação devido a fatores contextuais (logísticos) e não por fatores relacionais ou emocionais. Outra hipótese a colocar é de que outras crenças não avaliadas neste estudo possam explicar estas diferenças.

Verificaram-se crenças tendencialmente mais positivas nos pais que tinham as suas crianças acompanhadas por um pediatra e crenças ligeiramente menos positivas nos pais que tinham as suas crianças seguidas pelos médicos de família. Estes dados estão em linha com um estudo de Giambi et al. (2018), em que os pediatras foram a fonte de informação mais consultada pelos pais para obter informação acerca da vacinação. No mesmo estudo, verificou-se que os indivíduos sem acompanhamento médico pediam informação a outros médicos de confiança e a associações contra a vacinação.

Verificou-se que um pequeno grupo de pais deste estudo referiu que os filhos não tinham acompanhamento médico, mostrando uma maior tendência na recusa da vacinação de um futuro filho e no adiamento vacinal. Não seria expectável que em Portugal existissem pessoas sem qualquer acompanhamento médico regular, podendo tratar-se de crianças que só têm acompanhamento em situações agudas, no contexto de urgências hospitalares ou que procuram medicinas alternativas, mas em qualquer dos casos constituem um grupo de risco para a vacinação que é importante identificar. No nosso estudo, este grupo incluía apenas 6 pais, dos quais 3 deles recorreram à homeopatia e utilizaram “vacinas homeopáticas” (0,27% da amostra total). No caso dos indivíduos que tinham acompanhamento médico, verificou-se que os pais que tinham os seus filhos acompanhados pelo pediatra atrasavam mais a vacinação em relação aos que eram acompanhados pelo médico de família. Não se encontram dados na literatura sobre estas diferenças, que podem corresponder a processos diferentes em função da organização dos serviços de saúde dos vários países. O acompanhamento por médico de família decorre no centro de saúde, onde frequentemente existe uma equipa de enfermagem responsável pela vacinação, enquanto que o acompanhamento feito pelo

pediatra, decorre geralmente em serviços privados, nem sempre com acesso direto à vacinação no mesmo contexto. Esta é apenas uma explicação hipotética, pois seria necessário recolher mais informação para explicar estas diferenças.

No presente estudo verificou-se que os pais que recorreram a medicinas alternativas apresentaram tendencialmente crenças menos favoráveis em relação à vacinação pediátrica. As dimensões onde se verificaram maiores diferenças foram as crenças sobre a segurança e eficácia das vacinas, a perceção de gravidade das doenças preveníveis pela vacinação, as crenças relacionadas com a teoria da conspiração e o aconselhamento dos profissionais de saúde. Isto é, os pais que recorrem a medicinas alternativas podem ser particularmente suscetíveis a crenças erróneas sobre os benefícios e riscos das vacinas ou estar mais expostos a informação contra as vacinas (Gellin et al., 2000).

Concomitantemente, cerca de um quarto da amostra relatou recorrer a medicinas alternativas, e neste grupo o número de pais hesitantes é significativamente mais elevado, o que está de acordo com um estudo de Browne, Thomson, Rockloff e Pennycook (2015), em que se verificou que a utilização de medicinas alternativas estava fortemente ligada à rejeição da vacinação, em particular, nos indivíduos que aderiam a uma ideologia espiritual ou filosófica, ou a um paradigma alternativo de saúde (como a homeopatia) em vez da aceitação do paradigma médico convencional.

Esta procura de medicinas alternativas poderá corresponder a comportamentos muito diferentes, desde uma procura ocasional e complementar ao acompanhamento médico regular até a uma utilização exclusiva com recusa global da medicina convencional. No entanto, estes dados sugerem que estes pais devem ser considerados como um grupo de risco, sendo mais vulneráveis a ideias antivacinas e com maior probabilidade de recusar vacinas obrigatórias. Segundo Zuzak, Zuzak-Siegrist, Rist e Simoes-Wust (2008) e Smith et al. (2011), há um crescente número de pais que procuram aconselhamento de profissionais de medicinas alternativas, como homeopatas e naturopatas, que frequentemente propõem soluções alternativas. Por fim, segundo Salmon et al. (2008), é possível que estes pais tenham tendência a considerar os profissionais de medicinas alternativas como o principal prestador de cuidados de saúde da criança e em quem confiam. Deste modo, segundo Gellin et al. (2000), é necessário ter especial atenção ao aumento da utilização de medicinas alternativas e desenvolver esforços educacionais e outras medidas preventivas para que estas crianças recebam os cuidados que necessitam.

Quais as diferenças nas crenças dos pais mais favoráveis à vacinação dos pais mais hesitantes?

As crenças parentais mostram-se associadas ao comportamento parental em relação à vacinação dos seus filhos, com os pais que atrasaram ou não tinham intenção de vacinar um próximo filho a apresentar crenças menos favoráveis à vacinação.

A crença na segurança e eficácia das vacinas é a dimensão que apresenta maiores diferenças em função do comportamento parental, sendo que os indivíduos mais hesitantes apresentaram uma maior desconfiança na segurança e eficácia das vacinas. Estes resultados corroboram estudos anteriores, onde se verificaram diferenças nas percepções acerca da segurança e eficácia tendo em conta o comportamento vacinal (Bond et al., 1998), sendo os pais de crianças não vacinadas menos propensos a confiar na segurança das vacinas (Salmon et al., 2008; Smith et al., 2011).

As crenças acerca da gravidade das doenças preveníveis pela vacinação apresentaram a segunda maior diferença em função do comportamento parental, seguido das atitudes relativas às exigências feitas pelas instituições em relação à vacinação. Os indivíduos hesitantes têm uma menor percepção da gravidade das doenças preveníveis pela vacinação e discordam das exigências de obrigatoriedade de vacinação. Bond et al. (1998), também concluiu que, os pais que tinham vacinado as suas crianças e os pais que foram mais hesitantes diferiram na sua percepção da necessidade de prevenir doenças. No mesmo sentido, Salmon et al. (2008) concluiu que os pais de crianças não vacinadas eram mais propensos a relatar baixas percepções de suscetibilidade e gravidade de doenças preveníveis pela vacinação, baixa eficácia e segurança percebida em relação às vacinas e um baixo nível de confiança no governo.

No nosso estudo, verificou-se que pessoas que mais acreditavam nas teorias de conspiração tinham maior probabilidade de atrasar ou mais intenção de não vacinar um próximo filho. Por exemplo, pais que atrasaram a vacinação foram mais propensos a considerar que eram dadas demasiadas vacinas ao mesmo tempo, tinham preocupações acerca dos efeitos a longo prazo (como, por exemplo, acreditar que a vacina pode causar autismo), ou acreditavam em notícias falsas dos media (Smith et al., 2011). Outros estudos evidenciaram que as crenças nas teorias de conspiração antivacinas estão associadas à redução das intenções de vacinação (Jolley, & Douglas, 2014; Salmon et al, 2005).

Adicionalmente, verificou-se que os pais com intenção de vacinar um próximo filho, e que não atrasaram a vacinação, referem ter vacinado os seus filhos porque as pessoas em

quem confiam (médico, familiares e amigos) consideraram que a vacinação deve ser feita. O mesmo foi concluído num estudo de Enkel, Attwell, Snelling e Christian (2018), em que a maioria dos pais referiu ter vacinado os seus filhos em conformidade com as expectativas sociais acerca da vacinação.

Do ponto de vista das crenças no aconselhamento dos profissionais de saúde, verificaram-se crenças mais positivas no caso dos pais que tinham intenção de vacinar um próximo filho e que não atrasaram a vacinação. Deste modo, a confiança nos profissionais de saúde e a confiança nas recomendações dadas pelos profissionais de saúde foi mais elevada nos pais que vacinam as suas crianças em relação aos pais hesitantes (Glanz et al., 2013; Giambi et al., 2018). Adicionalmente, num estudo de Smith et al. (2011), os pais que atrasaram a vacinação tiveram uma probabilidade significativamente menor de acreditar que tiveram um bom relacionamento com o profissional de saúde do seu filho e que os profissionais médicos encarregados da vacinação tinham interesse pelos seus filhos.

A relação com o profissional de saúde parece ser um elemento importante na formação dos conhecimentos e crenças dos pais e nos seus comportamentos de vacinação (Fred et al., 2011; Cooper et al., 2008; Salmon et al., 2005; Glanz et al., 2013), sendo razoável supor que quando os médicos ou enfermeiros investem tempo e esforço neste tema, sejam mais eficazes a influenciar as crenças e o comportamento vacinal dos pais. Num estudo de Giambi et al. (2018), a maior parte dos participantes considerou que os médicos tiveram tempo para discutir questões relacionadas com a vacinação e que tinham confiança na informação transmitida pelos médicos. Contudo, estas perceções não se verificaram de uma forma evidente no nosso estudo. Esta situação gera três hipóteses explicativas. Por um lado, os pais de hoje, inseridos numa sociedade globalizada e com grande evolução tecnológica, recorrem cada vez mais a outras fontes de informação. Outro fator que pode estar a influenciar este resultado é o facto dos médicos e enfermeiros diretamente relacionados com a vacinação poderem não estar a investir, da melhor forma, na transmissão de informação acerca desta temática. Por outro lado, a boa taxa de aceitação vacinal global pode estar a contribuir para alguma desvalorização deste tema por parte dos profissionais de saúde, num contexto de grande pressão para abordar outros temas emergentes. Segundo um estudo de Opel, Diekema, Lee e Marcuse (2009), o que poderá estar a ocorrer nestes casos é a falta de tempo para discutir com os pais as questões de segurança no contexto da vacinação.

Quais são as crenças preditoras do comportamento parental face à vacinação pediátrica?

Na maior parte dos estudos anteriores procurou-se encontrar uma relação entre crenças específicas e os comportamentos de vacinação. Contudo, verifica-se que essas investigações exploraram um espectro estreito de crenças.

Considerando todas as dimensões avaliadas neste estudo, verificou-se que as crenças que mais predisseram a intenção de vacinar um futuro filho ou de não atrasar uma vacina foram a confiança na segurança e eficácia das vacinas e as exigências feitas por instituições em relação à vacinação.

Esta observação foi reforçada pela análise de conteúdo das perguntas abertas, em que foi evidente a preocupação por parte dos pais relativamente aos efeitos secundários da vacinação. Num estudo recente, de Auslander et al. (2019), os pais descreveram que as intenções de vacinar dependiam dos benefícios e riscos associados à vacinação, como os efeitos colaterais desconhecidos a longo prazo. Por outro lado, foi verificado, num outro estudo, que os requisitos de entrada na escola foram considerados a principal razão para que os filhos fossem vacinados (Gellin et al., 2000; Gust et al, 2004; Salmon et al., 2008). No nosso estudo, os pais que estão preocupados com a segurança e eficácia da vacinação, poderão ser pais que refletem mais sobre o custo-benefício da vacinação antes de decidirem vacinar os seus filhos. De facto, Forster et al. (2016) defendem que estes pais tomam decisões de forma refletida, ponderando os riscos e benefícios da vacinação antes de vacinar.

Os nossos resultados sugerem que a dimensão das exigências institucionais em relação à vacinação são um fator protetor da cobertura vacinal em Portugal. Ou seja, a vacinação em Portugal não é obrigatória, mas existem solicitações de várias instituições para a apresentação do boletim de vacinas em diversos contextos, o que poderá induzir nos pais a perceção de que a vacinação é obrigatória. Consideramos que este é um paradigma da realidade portuguesa em relação à vacinação conducente a uma “obrigatoriedade social” da vacinação. Os pais que dão maior importância ao meio social e às exigências feitas pelas instituições, provavelmente refletem menos sobre os custos e benefícios da vacinação para os seus filhos e para a comunidade (Forster et al., 2016). Adicionalmente, os pais podem ter algum receio dos possíveis juízos de valor que sejam feitos por terceiros se não vacinarem os seus filhos no momento de inscrição numa escola ou noutra instituição em que seja exigido o boletim de vacinas. Segundo Forster et al. (2016), estas decisões são consideradas não deliberativas, ou seja, a vacinação é encarada como algo positivo, como uma rotina, ou mesmo como o reflexo

de uma pressão não objetivada para vacinar, sentindo os pais que não há escolha, mas aceitando facilmente esta imposição. Esta estratégia pode aproximar-se do conceito de *nudge*, em que o contexto está organizado de tal forma que o comportamento desejável é o mais fácil e comportamentalmente económico para a pessoa: “A nudge (...) is any aspect of the choice architecture that alters people's behavior in a predictable way without forbidding any options or significantly changing their economic incentives” (Thaler & Sunstein, 2009).

Implicações Clínicas e Políticas de Saúde

A segurança e eficácia das vacinas foi um fator relevante para a decisão de vacinação dos pais que participaram neste estudo, o que também é consistente com as respostas dadas a uma pergunta aberta (“Quais foram as principais preocupações que os pais tiveram quando levaram os seus filhos a receber uma vacina?”), em que se verificou que a principal apreensão foi o receio dos efeitos secundários a curto prazo, como a dor local e febre. A segunda preocupação mais mencionada foram questões relacionadas com a segurança e eficácia de determinadas vacinas e os seus possíveis efeitos secundários a longo prazo. Estes dados são consistentes com um estudo realizado em quatro países Europeus (Suécia, Noruega, Polónia e Espanha), em que se verificou que as preocupações mais comuns são o medo de eventos adversos após a vacinação, a segurança da vacina e os efeitos a longo prazo (Stefanoff et al., 2010). No entanto, cerca de 30% da população do nosso estudo referiu não ter dúvidas quando levou o seu filho à vacinação, e a maior parte justifica-o por ter esclarecido as suas dúvidas previamente com profissionais de saúde ou através de pesquisas autónomas.

Considerando as principais preocupações expressas pelos pais e os resultados apresentados e discutidos, podem ser sugeridas algumas medidas a serem utilizadas pelos profissionais de saúde mais próximos destes pais.

Segundo um estudo recente de Enkel et al. (2018), apesar da forte valorização da importância da vacinação infantil e de todos os esforços para se informarem, todos os pais exibiam elementos de apreensão em relação à vacinação, principalmente todos relataram estar predominantemente preocupados com os eventos adversos. Este receio poderá levar a uma maior hesitação vacinal, o que pode constituir uma ameaça para o sucesso continuado da cobertura de vacinação (Mendel-Van Alstyne, Nowak, & Aikin, 2018).

Vários estudos defendem que a informação fornecida sobre a vacinação pode desempenhar um papel significativo na confiança dos pais (Mendel-Van Alstyne et al., 2018)

e que esta informação deverá estar alinhada com os interesses, preocupações e suposições dos pais que estão hesitantes (Salmon et al., 2008; Mendel-Van Alstyne et al., 2018), ou seja, segundo Auslander et al. (2019), é importante entender as razões para intenções instáveis em relação à vacinação de forma a orientar as conversas com os pais. Adicionalmente, Mendel-Van Alstyne et al. (2018) sugere que estas informações podem ser fornecidas através de elementos criativos, como a construção de vídeos ilustrativos.

É claramente importante elucidar os pais sobre os possíveis efeitos secundários da vacinação a curto e longo prazo, o que poderá ser feito através de um diálogo em consulta ou por campanhas globais. Nestas ações poderão ser utilizados vídeos ilustrativos da importância da proteção individual e do impacto que isso tem na proteção comunitária. Esta ideia pode ser concretizada, por exemplo, através de um vídeo alusivo a um menino que por questões médicas não pode ser vacinado, mas que pelos outros meninos da turma estarem vacinados ele também estará protegido. Outros conceitos podem ser explorados através de vídeos ilustrativos dos mecanismos ativados pela vacinação no organismo da criança. Mendel-Van Alstyne et al. (2018) recomendam que estas informações devem ser fornecidas o mais cedo possível, ou seja, quando as crenças acerca da vacinação se estão a formar.

Por outro lado, também tem sido defendido como uma estratégia eficaz o fornecimento de informação através de histórias verídicas, em vez de recorrer a dados estatísticos, aumentando a atenção e motivação dos pais (Small, Loewenstein & Slovic, 2007). Segundo Small et al. (2007), qualquer estratégia de comunicação para aumentar taxas de vacinação precisa de usar histórias que envolvam uma mensagem emocional, como, por exemplo, histórias verídicas em que existiram consequências concretas para as crianças devido à ausência de vacinação (como contrair uma doença prevenível pela vacinação).

Nos dias de hoje, infelizmente, os casos de histórias reais e individuais têm aumentado e têm sido divulgadas na comunicação social, existindo, por exemplo, testemunhos de jovens, que relatam as consequências de uma decisão parental feita sem consentimento da criança e que poderá ter impacto no seu futuro do ponto de vista da saúde e bem-estar.

É essencial termos em conta que em Portugal o número de casos de recusa vacinal é reduzido, mas tem vindo a aumentar. Segundo a Comissão Europeia (2019), num estudo recente verificou-se que 59% das pessoas na Europa Ocidental acreditam que as vacinas são seguras, em comparação com 79% em todo o mundo. Nos últimos anos, têm-se verificado grandes surtos de sarampo em vários países, que se espalharam pelo continente, ligados à hesitação das vacinas.

Tendo em conta este panorama, torna-se fundamental serem feitos esforços contínuos de

prevenção de uma forma geral, mas principalmente fornecer informação aos pais que mostram ser mais hesitantes, como por exemplo, aqueles que apresentarem declarações na inscrição da escola referindo que as suas crianças estão isentas da vacinação (Salmon et al., 2005), assim como, aos indivíduos que utilizam medicinas alternativas ou que não têm acompanhamento médico, uma população que poderá ser de difícil acesso. Salienta-se que se esta informação não for fornecida pelos profissionais, que têm o melhor conhecimento científico nesta área, e os pais não se sentirem ouvidos e compreendidos, provavelmente estes pais irão recorrer a fontes de informação menos fidedignas que se têm vindo a propagar nas redes sociais (Boseley, 2019).

Adicionalmente, reforça-se que as exigências efetuadas pelas instituições devem continuar a ser feitas, como por exemplo pedir o boletim de vacinas na inscrição das escolas ou em campos de férias. Estas exigências permitem um maior controlo da vacinação pediátrica. Em casos em que as vacinas não foram dadas por esquecimento ou por outras razões permite a orientação e sensibilização dos pais sobre a importância das mesmas e onde deverão dirigir-se para que as vacinas em falta sejam administradas. Este processo, torna a vacinação como “um dado adquirido” e muitos pais assumem a vacinação como obrigatória.

Conclusões

Este estudo contribuiu para um melhor entendimento das crenças e atitudes parentais acerca da vacinação infantil, entre os 0 e os 12 anos.

Como qualquer outro estudo nesta área, existem algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, apesar da amostra ser bastante diversificada, poderá estar enviesada, no sentido em que só pessoas com acesso a redes sociais e com email é que tiveram oportunidade de responder ao questionário do estudo, desviando a amostra para uma população com maior escolaridade. Por outro lado, os comportamentos de hesitação vacinal foram avaliados apenas por autorrelato e globalmente, não tendo sido analisada a adesão a vacinas específicas que poderão levantar também preocupações particulares.

A análise dos resultados, realça que a maioria dos pais tem crenças favoráveis à vacinação pediátrica. Os pais mais hesitantes diferenciam-se dos pais favoráveis em todas as crenças avaliadas, ou seja, apresentam maiores receios em relação à segurança e eficácia da vacinação, têm uma menor perceção das doenças preveníveis por vacinação, acreditam em mais teorias da conspiração, discordam com as exigências feitas pelas instituições em relação à vacinação, não são influenciáveis pelas pessoas que lhes são mais importantes e têm uma pior relação com os profissionais de saúde. Estes pais são também os que recorrem a mais medicinas alternativas. As duas dimensões que têm maior contributo para explicar a variância na decisão de vacinar um próximo filho ou o atraso na vacinação foram a segurança e eficácia das vacinas e as exigências de vacinação que algumas instituições solicitam.

Os resultados deste estudo poderão ser o ponto de partida para investigações complementares a esta. Um ponto importante seria uma maior diversificação da amostra (particularmente do ponto de vista da escolaridade e estatuto socioeconómico) de forma a ser obtida uma perspetiva mais generalizável à população portuguesa. Poderia ser feito, também, um estudo qualitativo, tendo como objetivo a realização de entrevistas a pais que vacinam e a pais que não vacinam os seus filhos para aprofundar melhor as diferenças entre estes grupos. Por outro lado, algumas vacinas poderão gerar por parte da comunidade problemas específicos que poderão ser explorados por uma adaptação dos instrumentos aqui desenvolvidos. Por fim, seria importante a realização de estudos para avaliar a viabilidade e eficácia de intervenções educativas que abordem as preocupações parentais.

Referências Bibliográficas

- Auslander, B. A., Meers, J. M., Short, M. B., Zimet, G. D., & Rosenthal, S. L. (2019). A qualitative analysis of the vaccine intention–behaviour relationship: parents’ descriptions of their intentions, decision-making behaviour and planning processes towards HPV vaccination. *Psychology & Health*, 34(3), 271-288. doi: 10.1080/08870446.2018.1523408
- Ball, L. K., Evans, G., & Bostrom, A. (1998). Risky business: Challenges in vaccine risk communication. *Pediatrics*, 101 (3), 453-458. doi: 10.1542/peds.101.3.453
- Bardenheier, B., Yusuf, H., Schwartz, B., Gust, D., Barker, L., & Rodewald, L. (2004). Are parental vaccine safety concerns associated with receipt of measles-mumps-rubella. Diphtheria and tetanus toxoids with acellular pertussis, or hepatitis B vaccines by children? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(6), 569-575. doi: 10.1001/archpedi.158.6.569
- Bond, L., Nolan, T., Pattison, P., & Carlin, J. (1998). Vaccine preventable diseases and immunisations: A qualitative study of mothers’ perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(4), 441–446. doi: 10.1111/j.1467-842X.1998.tb01411.x
- Browne, M., Thomson, P., Rockloff, M. J., & Pennycook, G. (2015). Going against the herd: psychological and cultural factors underlying the ‘vaccination confidence gap’. *Plos One*, 10(9), e0132562. doi: 10.1371/journal.pone.0132562
- Chen, R. T., Mootrey, G., & DeStefano, F. (2000). Safety of routine childhood vaccinations: An epidemiological review. *Pediatric Drugs*. Adis International Ltd. doi: 10.2165/00128072-200002040-00004

- Coniglio, M. A., Platania, M., Privitera, D., Giammanco, G., & Pignato, S. (2011). Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. *BMC Public Health*, 11(1), 305. doi: 10.1186/1471-2458-11-305
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CNS Retirado de: <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
- Cooper, L. Z., Larson, H. J., & Katz, S. L. (2008). Protecting public trust in immunization. *Pediatrics*, 122(1), 149-153. doi: 10.1542/peds.2008-0987
- Craciun, C., & Baban, A. (2012). “Who will take the blame?”: Understanding the reasons why Romanian mothers decline HPV vaccination for their daughters. *Vaccine*, 30(48), 6789-6793. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.09.016
- Despacho n.º 3668-A/2017 de 28 de abril de 2017. *Diário da República n.º 83/2017 - I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa
- DeStefano, F., Bhasin, T. K., Thompson, W. W., Yeargin-Allsopp, M., & Boyle, C. (2004). M-Mumps-Rubella vaccination in children with autism and school-matched control subjects: A population-based study in metropolitan Atlanta. *Pediatrics*, 113(2), 259–266. doi: 10.1542/peds.113.2.259
- Direção geral de Saúde. (2015). *Perguntas frequentes sobre Vacinação*. Lisboa, Portugal: DGS. Retirado de: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- Direção geral de Saúde. (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa, Portugal: DGS. Retirado de: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>

- Direção geral de Saúde. (2019). *Boletim do Programa Nacional de Vacinação 2019*. Lisboa, Portugal: DGS. Retirado de: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- Dubé, E., Gagnon, D., Zhou, Z., & Deceuninck, G. (2016). Parental vaccine hesitancy in Quebec (Canada). *Plos Currents*, 8. doi: 10.1371/currents.outbreaks.9e239605f4d320c6ad27ce2aea5aaad2.
- Enkel, S. L., Attwell, K., Snelling, T. L., & Christian, H. E. (2018). ‘Hesitant compliers’: Qualitative analysis of concerned fully-vaccinating parents. *Vaccine*, 36(44), 6459-6463. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.09.088
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate*. Stockholm: ECDC. Retirado de: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/vaccination-motivating-hesitant-populations-europe-literature-review.pdf>
- European Commission. (2019). *Special eurobarometer 488: Europeans’ attitudes towards vaccination*. European Union. doi: 10.2875/685461
- Evans, M., Stoddart, H., Condon, L., Freeman, E., Grizzell, M., & Mullen, R. (2001). Parents’ perspectives on the MMR immunisation: A focus group study. *British Journal of General Practice*, 51(472), 904–910. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Fernandes, M. S. S. (2017). *Parental risk perception of vaccine’s adverse reactions in pediatric population and its impact on vaccine compliance: The case of Portugal since 2012* (Master’s thesis, Universidade de Lisboa).

- Forster, A. S., Rockliffe, L., Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., Bedford, H., Smith, S. G., & Waller, J. (2016). A qualitative systematic review of factors influencing parents' vaccination decision-making in the United Kingdom. *SSM-Population Health*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.07.005
- Freed, G. L., Clark, S. J., Butchart, A. T., Singer, D. C., & Davis, M. M. (2010). Parental vaccine safety concerns in 2009. *Pediatrics*, 125(4), 654-659. doi: 10.1542/peds.2009-1962
- Freed, G. L., Clark, S. J., Butchart, A. T., Singer, D. C., & Davis, M. M. (2011). Sources and perceived credibility of vaccine-safety information for parents. *Pediatrics*, 127(Supplement), S107-S112. doi: 10.1542/peds.2010-1722P
- Gangarosa, E. J., Galazka, A. M., Wolfe, C. R., Phillips, L. M., Miller, E., Chen, R. T., & Gangarosa, R. E. (1998, January 31). Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *Lancet*. Lancet Publishing Group. doi: 10.1016/S0140-6736(97)04334-1
- Gellin, B. G., Maibach, E. W., & Marcuse, E. K. (2000). Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics*, 106(5), 1097–1102. doi: 10.1542/peds.106.5.1097
- Giambi, C., Fabiani, M., D'Ancona, F., Ferrara, L., Fiacchini, D., Gallo, T., ... & Bella, A. (2018). Parental vaccine hesitancy in Italy—results from a national survey. *Vaccine*, 36(6), 779-787. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.074
- Glanz, J. M., Wagner, N. M., Narwaney, K. J., Shoup, J. A., McClure, D. L., McCormick, E. V., & Daley, M. F. (2013). A mixed methods study of parental vaccine decision making and parent–provider trust. *Academic Pediatrics*, 13(5), 481-488. doi: 10.1016/j.acap.2013.05.030

- Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A., & Schwartz, B. (2008). Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*, 122(4), 718-725. doi: 10.1542/peds.2007-0538
- Gust, D. A., Strine, T. W., Maurice, E., Smith, P., Yusuf, H., Wilkinson, M., ... & Schwartz, B. (2004). Underimmunization among children: effects of vaccine safety concerns on immunization status. *Pediatrics*, 114, 241-241.
- Harmsen, I. A., Mollema, L., Ruiter, R. A., Paulussen, T. G., de Melker, H. E., & Kok, G. (2013). Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC Public Health*, 13(1), 1183. doi: 10.1186/1471-2458-13-1183
- Harmsen, I. A., Ruiter, R. A., Paulussen, T. G., Mollema, L., Kok, G., & de Melker, H. E. (2012). Factors that influence vaccination decision-making by parents who visit an anthroposophical child welfare center: a focus group study. *Advances in Preventive Medicine*, 2012. doi: 10.1155/2012/175694
- Hill, M. C., & Cox, C. L. (2013). Influencing factors in MMR immunisation decision making. *British Journal of Nursing*, 22(15), 893-898. doi: 10.12968/bjon.2013.22.15.893
- Hilton, S., Petticrew, M., & Hunt, K. (2006). “Combined vaccines are like a sudden onslaught to the body’s immune system”: Parental concerns about vaccine “overload” and “immune-vulnerability.” *Vaccine*, 24(20), 4321–4327. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.03.003
- Hviid, A., Hansen, J. V., Frisch, M., & Melbye, M. (2019). Measles, mumps, rubella vaccination and autism: A nationwide cohort study. *Annals of Internal Medicine*. doi: 10.7326/M18-2101
- Jefferson Martins, R., Saliba Moimaz, S. A., Marçal Mazza Sundefeld, M. L., Ísper Garbin, A. J., Gonçalves, P. R. V., & Saliba Garbin, C. A. (2015). Adesão às precauções

- padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: A prática de reencapar agulhas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1). doi: 10.1590/1413-81232014201.19822013
- Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *Plos One*, 9(2). doi: 10.1371/journal.pone.0089177
- Kennedy, A., LaVail, K., Nowak, G., Basket, M., & Landry, S. (2011). Confidence about vaccines in the United States: Understanding parents' perceptions. *Health Affairs*, 30(6), 1151-1159. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0396
- Kennedy, A. M., Brown, C. J., & Gust, D. A. (2005). Vaccine beliefs of parents who oppose compulsory vaccination. *Public Health Reports*, 120(3), 252–258. doi: 10.1177/003335490512000306
- Larson, H., Figueiredo, A., Karafillakis, E., & Rawal, M. (2018). *State of vaccine confidence in the EU 2018*. Retirado de: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7138657.pdf>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150-2159. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.01.081
- Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., ... & Wilson, R. (2015a). Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. *Vaccine*, 33(34), 4165-4175. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.037
- Larson, H. J., Schulz, W. S., Tucker, J. D., & Smith, D. M. (2015b). Measuring vaccine confidence: introducing a global vaccine confidence index. *Plos Currents*, 7. doi: 10.1371%2Fcurrents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4

- LaVail, K. H., & Kennedy, A. M. (2013). The role of attitudes about vaccine safety, efficacy, and value in explaining parents' reported vaccination behavior. *Health Education and Behavior*, 40(5), 544–551. doi: 10.1177/1090198112463022
- Leça, A., Freitas, G., Sarmiento, A., Marques, J., Santos, L., Marques, L., ...Fernandes, T. (2016). Programa nacional de vacinação 2017. Retirado de: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>
- Mendel-Van Alstyne, J. A., Nowak, G. J., & Aikin, A. L. (2018). What is 'confidence' and what could affect it?: A qualitative study of mothers who are hesitant about vaccines. *Vaccine*, 36(44), 6464-6472. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.09.007
- Miller, E. R., Moro, P. L., Cano, M., & Shimabukuro, T. T. (2015). Deaths following vaccination: What does the evidence show?. *Vaccine*, 33(29), 3288-3292. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.05.023
- Mills, E., Jadad, A. R., Ross, C., & Wilson, K. (2005). Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(11), 1081–1088. doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.09.002
- Mollema, L., Staal, J. M., van Steenbergen, J. E., Paulussen, T. G., & de Melker, H. E. (2012). An exploratory qualitative assessment of factors influencing childhood vaccine providers' intention to recommend immunization in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12(1), 128. doi: 10.1186/1471-2458-12-128
- Opel, D. J., Diekema, D. S., Lee, N. R., & Marcuse, E. K. (2009). Social marketing as a strategy to increase immunization rates. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(5), 432-437.

- Opel, D. J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Solomon, C., Zhao, C., Catz, S., & Martin, D. (2011a). Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine*. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.06.115
- Opel, D. J., Mangione-Smith, R., Taylor, J. A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S., & Martin, D. P. (2011b). Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: the parent attitudes about childhood vaccines survey. *Human vaccines*, 7(4), 419-425.
- Paixão, P. (2017). Escolas privadas podem recusar no próximo ano letivo alunos sem vacinas em dia. *Expresso*. Retirado de: <https://expresso.pt/sociedade/2017-04-20-Escolas-privadas-podem-recusar-no-proximo-ano-letivo-alunos-sem-vacinas-em-dia>
- Pearce, A., Law, C., Elliman, D., Cole, T. J., & Bedford, H. (2008). Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: Prospective cohort study. *BMJ*, 336(7647), 754–757. doi: 10.1136/bmj.39489.590671.25
- Prislin, R., Dyer, J. A., Blakely, C. H., & Johnson, C. D. (1998). Immunization status and sociodemographic characteristics: the mediating role of beliefs, attitudes, and perceived control. *American Journal of Public Health*, 88(12), 1821-1826. doi: 10.2105/AJPH.88.12.1821
- Repalust, A., Šević, S., Rihtar, S., & Štulhofer, A. (2017). Childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Croatia: insights from a population-based study. *Psychology, Health & Medicine*, 22(9), 1045-1055. doi: 10.1080/13548506.2016.1263756
- Rosenstock, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. *Health Behavior and Health Education*, 39–62.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In *Preventing AIDS* (pp. 5-24). Springer, Boston, MA.

- Rotily, M., Guagliardo, V., Fontaine, D., Garros, B., Mayer, C., Arrighi, J., ... & Janvrin, M. P. (2001). Evaluation of measles, mumps and rubella vaccine coverage in 3 year old children in twelve French counties. Time-trends and related factors. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 49(4), 331-341.
- Roush, S. W., Murphy, T. V., & Vaccine-Preventable Disease Table Working Group. (2007). Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases in the United States. *Jama*, 298(18), 2155-2163.
- Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M., & Omer, S. B. (2015). Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), 391-S398. doi: 10.1016/j.amepre.2015.06.009
- Salmon, D. A., Moulton, L. H., Omer, S. B., DeHart, M. P., Stokley, S., & Halsey, N. A. (2005). Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: A case-control study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. doi: 10.1001/archpedi.159.5.470
- Salmon, D. A., Pan, W. K. Y., Omer, S. B., Navar, A. M., Orenstein, W., Marcuse, E. K., ... Halsey, N. A. (2008). Vaccine knowledge and practices of primary care providers of exempt vs. vaccinated children. *Human Vaccines*. doi: 10.4161/hv.4.4.5752
- Sampson, R., Wong, L., & MacVicar, R. (2011). Parental reasons for non-uptake of influenza vaccination in young at-risk groups: A qualitative study. *Br J Gen Pract*, 61(588), e386-e391. doi: 10.3399/bjgp11X583155
- Schmitt, H. J., Booy, R., Weil-Olivier, C., Van Damme, P., Cohen, R., & Peltola, H. (2003). Child vaccination policies in Europe: A report from the summits of independent European vaccination experts. *Lancet Infectious Diseases*. Lancet Publishing Group. doi: 10.1016/S1473-3099(03)00519-X

- Shapiro, G. K., Holding, A., Perez, S., Amsel, R., & Rosberger, Z. (2016). Validation of the vaccine conspiracy beliefs scale. *Papillomavirus Research*. doi: 10.1016/j.pvr.2016.09.001
- Shapiro, G. K., Tatar, O., Dube, E., Amsel, R., Knauper, B., Naz, A., ... & Rosberger, Z. (2018). The vaccine hesitancy scale: Psychometric properties and validation. *Vaccine*, 36(5), 660-667. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.043
- Small, D. A., Loewenstein, G., & Slovic, P. (2007). Sympathy and callousness: The impact of deliberative thought on donations to identifiable and statistical victims. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 102(2), 143-153. doi: 10.1016/j.obhdp.2006.01.005
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C., & Hibbs, B. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Reports*. doi: 10.1177/00333549111260S215
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Parnell, T., Vannice, K. S., & Salmon, D. A. (2010). The association between intentional delay of vaccine administration and timely childhood vaccination coverage. *Public Health Reports*, 125(4), 534-541. doi: 10.1177/003335491012500408
- Stefanoff, P., Mamelund, S. E., Robinson, M., Netterlid, E., Tuells, J., Riise Bergsaker, M. A., ... Aksakal, N. (2010). Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The vaccine safety, attitudes, training and communication project (vacsatc). *Vaccine*, 28(35), 5731-5737. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.06.009
- Strategic Advisory Group of Experts on immunization. (2016). *Midterm review of the global vaccine action plan*. Retirado de:

http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_EN.pdf?ua=1

- Tafuri, S., Gallone, M. S., Calabrese, G., & Germinario, C. (2015). Adverse events following immunization: is this time for the use of WHO causality assessment?. *Expert Review of Vaccines*, 14:5, 625-627. doi: 10.1586/14760584.2015.1029460
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin.
- Vandermeulen, C., Roelants, M., Theeten, H., Van Damme, P., & Hoppenbrouwers, K. (2008). Vaccination coverage and sociodemographic determinants of measles–mumps–rubella vaccination in three different age groups. *European Journal of Pediatrics*, 167(10), 1161. doi: 10.1007/s00431-007-0652-3
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., ... & Valentine, A. (1998). Retracted: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 351, 637-641. doi: 10.1016/S0140-6736(97)11096-0
- Wroe, A. L., Turner, N., & Owens, R. G. (2005). Evaluation of a decision-making aid for parents regarding childhood immunizations. *Health Psychology*, 24(6), 539-547. doi: 10.1037/0278-6133.24.6.539
- Yaqub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., & Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: A critical review. *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.018
- Zuzak, T. J., Zuzak-Siegrist, I., Rist, L., & Simoes-Wüst, A. P. (2008). Attitudes towards vaccination: users of complementary and alternative medicine versus non-users. *Swiss Medical Weekly*, 138(4748).

Anexos

Anexo 1. Calendário de vacinação recomendado, segundo o Programa Nacional de Vacinação de 2017.

Nascimento	VHB 1				
2 meses	VHB 2	DTP 1	Hib 1	VIP 1	Pn13 1
4 meses	DTP 2	Hib 2	VIP 2	Pn13 2	
6 meses	VHB 3	DTP 3	Hib 3	VIP 3	
12 meses	Men C	VASPR 1	Pn13 3		
18 meses	DTP 4	Hib 4	VIP 4		
5 anos	DTP 5	VIP 5	VASPR 2		
10 anos	Td	HPV 1,2 *			
25 anos	Td				
Grávidas	Tdpa				
45 anos	Td				
65 anos	Td				
10/10 anos	Td				

*Apenas para raparigas.

Anexo 2. Email de divulgação do estudo

Caros Pais,

Venho convidar-vos a participar num estudo sobre *Crenças e Atitudes dos Pais sobre a Vacinação na Infância*, organizado pelo Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), da autoria da Mestranda Inês Fonseca e da Professora Doutora Luísa Barros, e que tem como objetivo conhecer melhor como pensam e que preocupações têm os pais de crianças pequenas sobre a vacinação na infância.

Todos os pais de crianças dos 0 aos 12 anos são convidadas a participar. A vossa participação é muito importante!

Os dados recolhidos são totalmente anónimos e não lhe pediremos qualquer elemento de identificação individual sobre si ou sobre os seus filhos. No final, os resultados coletivos, resultantes da combinação das respostas de todos os participantes, serão tornados acessíveis, pelo que se pretender ter acesso aos mesmos, só tem de nos enviar um mail para: inesbravofonseca@campus.ul.pt

Link do questionário:

Muito obrigada!

Inês Fonseca

Luísa Barros

Anexo 3. Consentimento Informado

Bem-vindos!

Crenças e Atitudes dos Pais sobre a Vacinação na Infância

Caros Pais,

Vimos convidá-los a participar num estudo sobre Crenças e Atitudes dos Pais sobre a Vacinação na Infância, organizado pelo Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), da autoria da Mestranda Inês Fonseca e da Professora Doutora Luísa Barros, e que tem como objetivo conhecer melhor como pensam e que preocupações têm os pais de crianças pequenas sobre a vacinação na infância. Todos os pais de crianças de 0 a 12 anos são convidadas a participar.

Se aceitar participar, o que me é pedido?

Para participar, basta que nos forneça algumas informações relativamente a si (idade, sexo, escolaridade, Profissão, Distrito de residência) e aos seus filhos (número e idades), e que responda às questões que lhe são colocadas sobre as suas atitudes, ideias e preocupações relativamente à vacinação na infância. O preenchimento destes questionários deverá demorar cerca de 10 minutos, sendo de carácter voluntário. A qualquer momento poderá abandonar.

Qual a vantagem de participar?

A informação recolhida nos questionários e analisada pela equipa vai contribuir para o avanço do conhecimento sobre este tema, e será divulgada junto dos profissionais que trabalham com crianças pequenas e com a temática da vacinação. Espera-se que este conhecimento contribua para melhor responder às preocupações dos pais de crianças pequenas relativamente à vacinação.

Quem tem acesso aos dados?

Os dados recolhidos são totalmente anónimos. Não lhe pedimos nenhum elemento de identificação individual sobre si ou sobre as suas crianças. A informação recolhida será armazenada numa base de dados e utilizada exclusivamente no âmbito do presente estudo, cumprindo todas as regras de segurança fundamentais.

Os resultados coletivos, resultantes da combinação das respostas de todos os participantes, serão tornados acessíveis aos pais que assim o pretendam no final do estudo.

Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?

Por favor, contacte com a primeira autora deste estudo caso tenha alguma dúvida ou questão através do e-mail: inesbravofonseca@campus.ul.pt.

Ao prosseguir confirma que leu e concorda com a informação acima apresentada.

Prossiga apenas se concorda em participar.

Anexo 4. Informação final no questionário

[No final do questionário, de forma a salvaguardar qualquer questão ou dúvida que possa ter surgido ao longo da realização do questionário, surge a seguinte informação]

Muito obrigada, a sua participação neste estudo foi muito importante!

A sua resposta foi registada.

Se estiver interessado(a) em receber estes resultados, envie-nos um mail para inesbravofonseca@campus.ul.pt e enviamos diretamente para si.

Caso tenha alguma dúvida acerca da vacinação dos seus filhos deve consultar o seu médico de família ou pediatra ou utilizar estes links da Direção Geral de Saúde:

Programa Nacional de Vacinação:

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>

Programa Nacional de Vacinação - Perguntas e Respostas:

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/perguntas-e-respostas.aspx>

Nestes dois links os participantes terão acesso à seguinte informação:

- Respostas a Perguntas frequentes, sobre:
 - Vacinação em geral: “Porque é que há pessoas que têm mais receio das vacinas do que das doenças que elas evitam?” “Ao fim de quanto tempo após levar uma vacina é que se fica protegido?”
 - Programa Nacional de Vacinação: “Porque é que a vacina contra o tétano tem de ser dada durante toda a vida?” “Porque é que a poliomielite é uma doença muito grave?”
 - Vacinas para grupos de risco ou circunstâncias especiais: “Quem deve ser vacinado com BCG?”

- Hesitação em vacinar: “Quais são os riscos se eu optar por não vacinar o meu filho?”
 - Questões práticas sobre vacinação: “Posso antecipar a dose de uma vacina?”
“Que devo fazer se o meu filho tiver uma vacina atrasada?”
 - Mitos sobre a vacinação
- Informação geral sobre o programa nacional de vacinação